ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/321966502

Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía

Book · May 2008

CITATIONS
7

READS
241

1 author:

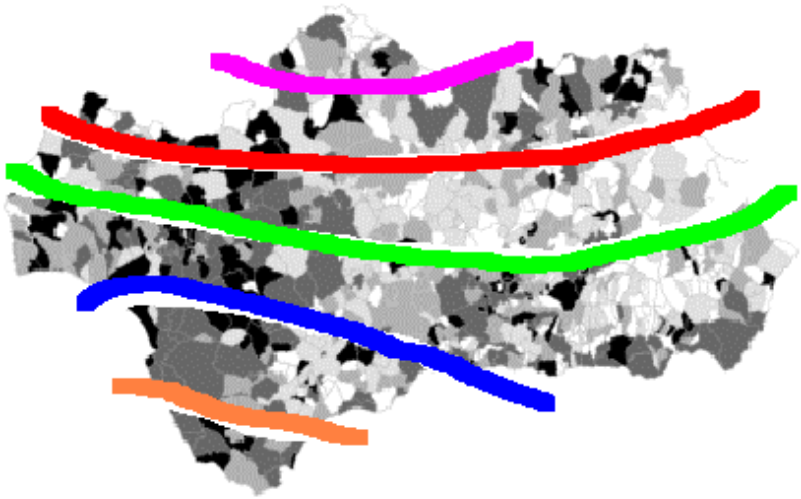
Antonio Escolar Pujolar
Junta De Andalucía (Spain)
145 PUBLICATIONS **2,285** CITATIONS

SEE PROFILE

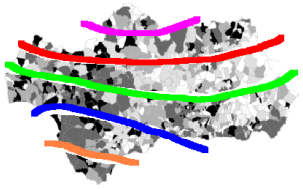
All content following this page was uploaded by Antonio Escolar Pujolar on 12 June 2018.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía



Edita la:
ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA de ANDALUCÍA



Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA de ANDALUCÍA

Editor:

Antonio Escolar Pujolar

Editores asociados:

Mª Dolores Martínez Ruíz
Antonio Daponte Codina

Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucia.
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

Agradecimientos: A todos los autores que de forma desinteresada han participado en la redacción del Informe. A los ponentes y asistentes a las Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud que venimos celebrando en Cádiz desde el año 2001, por su estimulo en seguir reflexionado sobre un tema oculto y poco considerado en las actuales políticas sociales, incluidas las sanitarias. A la Consejería de Salud, en especial a la Dirección General de Salud Pública y Participación y su Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Evaluación, por permitirnos analizar los datos de las Encuestas de Salud de Andalucía. A los lectores del Informe por su interés en conocer mejor el panorama de algunos de los determinantes sociales y de genero de la salud de la población de Andalucía.

Advertencia: Las opiniones realizadas por los distintos autores en el Informe no representan los de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, ni de las instituciones en las que desarrollan su actividad profesional.

Primera edición: mayo de 2008

Licencias copyleft Creative Commons:

Reconocimiento (Attribution): El material creado puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceras personas si se muestra en los créditos.

No Comercial (Non commercial): El material original y los trabajos derivados pueden ser distribuidos, copiados y exhibidos mientras su uso no sea comercial.

Diseño y maquetación: Antonio Escolar Pujolar
Fotos: Pau y Pol Escolar Soler
Edita: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía **(ADSP-A)**

ISBN:
Depósito Legal:

Imprime:

Índice:

		Pág.
	Notas del editor.	11
	Prólogo. *Carmé Borrell Thio*	13
	Resumen y conclusiones del Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. *Carlos Alvarez-Dardet.*	17
Capítulo 1	**Orígenes de la desigualdad: Antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía.** *Juan Torres López.*	27
Capítulo 2	**Los determinantes de la salud de las poblaciones y de las desigualdades sociales en salud.** *Manuela Álvarez Girón, Carmen García-Gil, Ana Solano Parés.*	43
Capítulo 3	**Andalucía y España. Desigualdades en la Esperanza de Vida.** *Francisco Viciana, Miguel Ruiz Ramos, Antonio Escolar Pujolar.*	61
Capítulo 4	**Desigualdades sociales en la mortalidad entre municipios rurales y ciudades medias de Andalucía.** *Miguel Ruiz Ramos, Antonio Escolar Pujolar.*	79
Capítulo 5	**Privación material y mortalidad en las secciones censales de las capitales de provincia de Andalucía.** *Ricardo Ocaña-Riola, Alberto Fernández Jauría, Miguel Ruiz Ramos, Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido.*	91
Capítulo 6	**La posición socioeconómica, el trabajo y el medioambiente como determinantes de la salud y los estilos de vida en Andalucía.** *Antonio Daponte Codina, Julia Bolívar Muñoz, María Natividad Moya Garrido.*	107
Capítulo 7	**El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía.** *María del Mar García Calvente, Ana María Delgado Sánchez, Inmaculada Mateo Rodríguez, Gracia Maroto Navarro, Julia Bolívar Muñoz .*	127
Capítulo 8	**La utilización de los servicios sanitarios en Andalucía: ¿perpetuación o corrección de las desigualdades ?.** *Soledad Márquez Calderón, Román Villegas Portero, María José Aguado Romeo.*	145
Capítulo 9	**El modelo sanitario de Andalucía y las desigualdades en salud.** *Manuela Álvarez Girón, Ana Mª Solano Parés, Carmen García Gil, Concepción Cruz Rojo.*	167
Capítulos breves	1.**La Esperanza de Vida al Nacer en la ciudad de Cádiz. Desvelar la desigualdad.** 2.**Desigualdades en la Diabetes Mellitus del Adulto en Andalucía.** *Antonio Escolar Pujolar*	179
	Recomendaciones del Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía.	183
Anexos	**1. Esquemas sobre determinantes y estrategias de abordaje de las desigualdades en salud.** **2. Algunos recursos de interés sobre desigualdades y salud.**	191 195

Índice de Tablas, Mapas y Gráficas:

TABLAS *Pág.*

Capitulo 1:
Tabla 1. Pobreza relativa, Andalucía, España y Cataluña. *39*
Tabla 2. Diferencias de Ingresos. *39*
Tabla 3. Diferencias en el mercado de trabajo. *39*
Tabla 4. Diferencias económicas en el hábitat. *40*
Tabla 5. Diferencias educacionales. *40*
Tabla 6. Superficie y propiedad de la tierra en Andalucía (Censo 1960). *40*

Capitulo 2:
Tabla 1. Etapas y contextos en la Definición de Determinantes de la Salud. *52*

Capítulo 3:
Tabla 1. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad por Comunidades Autónomas. España 1999. *75*

Capítulo 4:
Tabla 1. Tasas estandarizadas (TE)* de mortalidad según sexo y nivel del Índice de Privación (IP) y tipo de municipios. Andalucía, 1999-2003. *84*
Tabla 2. Esperanza de vida al nacer según nivel del Índice de Privación y tipo de municipios. Andalucía, 1999-2003. *84*

Capítulo 5:
Tabla 1. Secciones censales y población de las capitales de provincia de Andalucía. *94*
Tabla 2. Descripción de las secciones censales con exceso de mortalidad en las capitales de provincia de Andalucía (1992-2002). *96*

Capítulo 6:
Tabla 1. Prevalencias de salud deficiente y enfermedades crónicas, ajustadas por edad, para hombres y mujeres según nivel de estudios en Andalucía. *111*
Tabla 2. Prevalencias de consumo de tabaco y alcohol, ajustadas por edad, para hombres y mujeres según nivel de estudios en Andalucía. *112*
Tabla 3. Prevalencias de obesidad y sedentarismo, ajustadas por edad, para hombres y mujeres según nivel de estudios en Andalucía. *113*
Tabla 4. Porcentaje de personas que consumen fruta, verdura y cereales diariamente y legumbres una o dos veces por semana por clase social y nivel educativo. Andalucía, año 2003. *114*

Capítulo 7:
Tabla 1. Distribución de las variables de estudio según sexo, EAS 1999 y EAS 2003. *137*
Tabla 2. Salud percibida, salud mental y visita a medicina general según las variables de estudio y sexo, EAS 2003. *138*
Tabla 3. Odds ratio de salud percibida deficiente en mujeres y hombres de clase social no manual y manual, ajustado por edad. EAS 2003. *139*
Tabla 4. Odds Ratio de salud mental deficiente en mujeres y hombres de clase social no manual y manual, ajustado por edad. EAS 2003. *140*
Tabla 5. Odds Ratio de visita al médico general en mujeres y hombres de clase social no manual y manual. EAS 2003. *141*

Capítulo 8:
Tabla 1. Variables relacionadas con el tipo de cobertura sanitaria. *151*
Tabla 2. Variables relacionadas con la utilización de la consulta médica. *152*
Tabla 3. Variables relacionadas con el tipo de médico/a consultado. *153*
Tabla 4. Variables relacionadas con la hospitalización. *154*
Tabla 5. Variables relacionadas con el consumo de medicamentos. *155*
Tabla 6. Variables relacionadas con el uso de servicios bucodentales. *156*
Tabla 7. Variables relacionadas con la utilización de la consulta ginecológica. *157*
Tabla 8. Variables relacionadas con el motivo de la última consulta ginecológica. *157*
Tabla 9. Variables relacionadas con la vacunación antigripal en la última campaña. *158*
Tabla 10. Variables relacionadas con haber recibido consejo del médico/a de hacer ejercicio físico. *159*

Capítulos breves:
Tabla 1. Riesgo* de Diabetes Mellitus en el Adulto, según el grado de facilidad/dificultad de llegar a fin de mes. Andalucía-ESA03. Mujeres. *162*
Tabla 2. Frecuencia (%) de Diabetes Mellitus en el Adulto, según el grado de facilidad/dificultad de llegar a fin de mes. Andalucía-ESA03. *162*
Tabla 3. Riesgo* de Diabetes Mellitus en el Adulto, según el nivel de estudios. Andalucía-ESA03. *162*

GRÁFICOS

Capítulo 3:
Gráfico 1. Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y de la Desigualdad en la EVN. Andalucía – Resto de España, 1908-2005. *72*
Gráfico 2. Evolución de la Esperanza de Vida a los 65 años (ev65) y de la Desigualdad en la ev65. Andalucía – Resto de España, 1908-2005. *72*
Gráfico 3. Evolución en la Esperanza de Vida al Nacer. España-Andalucia y resto de Comunidades Autónomas. 1992-2005. Hombres. *73*
Gráfico 4. Evolución en la Esperanza de Vida al Nacer. España-Andalucia y resto de Comunidades Autónomas. 1992-2005. Mujeres. *73*
Gráfico 5. Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer entre España y Andalucía. Peso atribuible a cada grupo de edad, 1910-2001. *74*
Gráfico 6. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. Comunidades Autónomas. España. 1999. *76*
Gráfico 7. Desigualdades en la EVLD entre Andalucía y España según la edad y el sexo. 1999. *76*

Capítulo 5:
Figura 1. Comparativa de indicadores sociodemográficos de cada ciudad con respecto a Andalucía (Censo de Población, 1991). *100*
Figura 2. Comparativa de mortalidad y APVP de cada ciudad con respecto a su provincia y Andalucía (periodo 1999-2002). *102*

Capítulo 6:
Figura 1. Prevalencias ajustadas por edad, de sedentarismo según nivel educativo y existencia de zonas verdes en el área de residencia, año 1999-2003. *114*
Figura 2. Prevalencias ajustadas por edad, de percepción de salud deficiente según nivel educativo y calidad del medio ambiente, años 1999-2003. *116*
Gráfico 3. Percepción de la existencia de muchas zonas verdes, según el nivel de renta en euros. Andalucía, año 2003. *117*

Gráfico 4. Prevalencias ajustadas por edad, de percepción de salud deficiente según la situación de empleo de hombres y mujeres, año 2003. *118*

Capítulo 7:
Gráfico 1. % Salud percibida deficiente en mujeres y hombres por grupos de edad. *142*
Gráfico 2. % Salud mental deficiente en mujeres y hombres por grupos de edad. *142*
Gráfico 3. % Visita a medicina general en mujeres y hombres por grupos de edad. *142*
Gráfico 4. Odds Ratio de las mujeres respecto a los hombres en salud percibida deficiente, salud mental deficiente y visita a medicina general. *143*

Capítulos breves:
Gráfico 1. Esperanza de Vida al Nacer (EVN)según Nivel Socioeconómico. Ciudad de Cádiz.[1992-2002]. *161*

.

MAPAS

Pág.

Capítulo 4:
Mapa 1. Distribución de la mortalidad (Razón Estandarizada) por todas las causas. Municipios de Andalucía, 1999-2003 *85*

Capítulo 5:
Mapa 1. Privación material en las secciones censales de las capitales de provincia de Andalucía. *101*
Mapa 2. Mortalidad general en hombres en las capitales de provincia de Andalucía (periodo 1992-2002). *103*
Mapa 3. Mortalidad general en mujeres en las capitales de provincia de Andalucía (periodo 1992-2002). *104*

Índice de Autores (orden alfabético):

- **María José Aguado Romeo**, *es Doctora en Medicina y Cirugía y Especialista en Hematología y Hemoterapia, con amplia experiencia en la práctica asistencial. Actualmente es técnica asesora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Su trabajo de investigación y artículos publicados en los últimos años han abordado las variaciones en la práctica médica, las desigualdades de género y la evaluación de tecnologías sanitarias.*

- **Carlos Álvarez-Dardet**, *es Doctor en Medicina y Catedrático de Salud Pública de la Universidad de Alicante, editor del Journal of Epidemiology and Community Health. Especialmente preocupado sobre los efectos de la democracia sobre la salud, ha dirigido y desarrollado una abundante investigación en este campo. Igualmente ha impulsado numerosos trabajos sobre las desigualdades de genero y las estrategias para reducirlas, así como el problema de la violencia del compañero íntimo en España. Sus investigaciones descubren la gran importancia del medio socioeconómico en el que viven comunidades y personas y la salud. La sensibilidad social y de genero han orientado e impulsado especialmente su trayectoria profesional.*

- **Manuela Álvarez Girón**, *es Doctora en Medicina y Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla. Es miembro del grupo de investigación "Análisis epidemiológico de las desigualdades sociales ante la salud" consolidado por la Consejería de Educación y Ciencia desde el año 1988 hasta la actualidad. Ha desarrollado trabajos de investigación sobre desigualdades en salud en grupos de población marginada mediante la utilización de técnicas cualitativas aplicadas en el ámbito de la salud, ha dirigido proyectos de investigación sobre desigualdades de género y ha participado en estudios sobre desigualdades territoriales en salud en áreas pequeñas financiados por diferentes organismos (FISS, IEA, CES) cuyos resultados han sido expuestos en diferentes congresos y publicados en libros y revistas científicas de ámbito nacional e internacional.*

- **Julia Bolívar Muñoz**, *es licenciada en Sociología por la Universidad de Granada y trabaja como técnica de investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Colabora en diversos proyectos de investigación, desde abordajes cuantitativos y cualitativos. Investiga principalmente en la línea de desigualdades en salud, entre otras, en especial sobre los determinantes sociales de la salud de la población, los estilos de vida, el medio ambiente físico y social, y estudios de género.*

- **Concepción Cruz Rojo**, *es Doctora en Medicina y Cirugía, Profesora del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla. Ha desarrollado trabajos de investigación sobre los problemas de Salud en las poblaciones -en un contexto ecosocial- y las posibles intervenciones para su corrección desde el ámbito de lo público, el tema central de su preocupación profesional e investigadora. Ha participado en distintos proyectos, como investigadora principal y colaboradora, sobre estudios de desigualdades sociales en salud con metododologías que aúnan la caracterización social y espacial o geográfica del ámbito de estudio. Los resultados de estas investigaciones han sido publicados en libros y revistas científicas especializadas.*

- **Antonio Daponte Codina**, *es licenciado en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela (España), en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, y es Doctor por la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EE.UU.). Realizó el Máster en Salud Pública en la Universidad de California (Berkeley, EE.UU.). Actualmente es Director del Área de Docencia e Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Comenzó su carrera profesional trabajando en el área de salud ambiental y laboral, en la Universidad de California primero, en el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, luego, y finalmente, en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Como investigador tiene amplia experiencia en identificar y evaluar el impacto de las condiciones del medio ambiente físico y social en la salud de la población.*

- **Ana María Delgado Sánchez**, *es Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Publica, Doctora en Medicina. Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Integrante de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Forma parte del Grupo de Investigación de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada, y del Grupo de Investigación "Salud Mental, Servicios y Atención Primaria", de la red de investigación de Actividades Preventivas en Atención Primaria, redIAPP. Desarrolla su investigación sobre salud y género, violencia contra las mujeres, práctica profesional de médicas y médicos, y utilización de servicios, fundamentalmente.*

- **Antonio Escolar Pujolar**, *es Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Publica, Jefe de Sección de Epidemiología del Hospital Universitario "Puerta del Mar" de Cádiz. Ha participado en investigaciones sobre la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer y otras causas en España y la provincia de Cádiz y estudios etiológicos sobre cáncer de vejiga urinaria y pleura. Organizador de las Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud que se desarrollan en Cádiz desde 1980, esta participando e impulsando estudios sobre desigualdades sociales y salud en Andalucía y en la provincia de Cádiz.*

- **Alberto Fernández Jauría**, *es Licenciado en Medicina y Master en Occupational Health (Universidad de McGill); es Profesor de Epidemiología en la Escuela Andaluza de Salud Pública en la que dirige el Master de Salud Pública y Gestión sanitaria y el EuroPubHealth (Master Europeo Erasmus Mundus en Salud Pública). Actualmente es Adjunto a la Dirección de Docencia e Investigación para los proyectos europeos de formación. Ha participado en diversos proyectos de investigación, grupos de trabajo e informes de asesoría relacionados con la distribución geográfica de la mortalidad y su relación con indicadores socioeconómicos.*

- **María del Mar García Calvente**, *es Doctora en Medicina, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y en Pediatría. Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Miembro de la Red de Investigación en Salud y Género del Instituto Carlos III (RISG) y del Grupo de Género y Salud Pública de La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Como tal participó como editora en el Informe SESPAS 2004 "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social". Las principales áreas de trabajo en docencia e investigación tienen que ver con las relaciones entre el género y la salud, y especialmente las referidas a desigualdades de género en salud, cuidados informales, salud materna e infantil. Trabaja en el desarrollo y aplicación de metodologías de investigación sensibles al género en el campo de la salud.*

- **Carmen García-Gil**, *es Doctora en Medicina y Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla. Es miembro del Grupo de Investigación "Análisis Epidemiológico de las Desigualdades Sociales ante la Salud", desde su creación en 1988 y Responsable del mismo desde 1994.Ha participado en múltiples proyectos de investigación sobre diversos aspectos de las desigualdades y de determinantes sociales de la salud; los cuales han sido financiados por diferentes organismos oficiales tales como CAICYT, FIS, IEA, CARL. Los resultados de estas investigaciones han sido publicados en libros y revistas científicas especializadas.*

- **Gracia Maroto Navarro**, *es Licenciada en Psicología e investigadora de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Miembro de la Red de Investigación en Salud y Género del Instituto Carlos III (RISG). Trabaja principalmente en las líneas de género y salud reproductiva, y especialmente la Maternidad y Paternidad desde una perspectiva sociosanitaria, con experiencia en estudios epidemiológicos y utilización de metodologías cualitativas.*

- **Soledad Márquez Calderón**, *es Doctora en Medicina y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Actualmente es responsable del Área de Investigación y Formación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, miembro del Patronato de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud y editora asociada de la revista Gestión Clínica y Sanitaria. Su trabajo de investigación y artículos publicados en los últimos años han abordado las variaciones en la práctica médica, la medicalización de la vida, las desigualdades de género y la evaluación de tecnologías sanitarias.*

- **Inmaculada Mateo Rodríguez**, *es Licenciada en Psicología Clínica y de la Salud y Master en Gestión de la Prevención de Riesgos laborales, especialista en Ergonomía y Psicosociología. Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública, en el Área de Salud Pública y Promoción de la Salud. Miembro de la Red de Investigación en Salud y Género del Instituto Carlos III (RISG). Desde el año 1991 viene trabajando a través de proyectos de investigación y actividades formativas en el análisis de desigualdades de género y salud, y en concreto en estudio de las diferencias en condiciones de trabajo productivo y reproductivo entre hombres y mujeres y su impacto sobre la salud.*

- **María N. Moya Garrido**, *es licenciada en Farmacia por la Universidad de Sevilla. Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria y Máster en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias. Es técnica de Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública.*

- **Ricardo Ocaña-Riola**, *es Doctor en Matemáticas, Profesor de Estadística de la Escuela Andaluza de Salud Pública. En 1998 comenzó a desarrollar la línea de investigación en Estadística y Epidemiología Espacial de la que actualmente es responsable. Ha coordinado múltiples proyectos relacionados con la distribución geográfica de la mortalidad en áreas pequeñas y su relación con indicadores socioeconómicos. Algunos de estos proyectos han sido desarrollados en el ámbito de la Unión Europea. Los resultados de todos ellos han sido expuestos en diferentes congresos y publicados en revistas científicas especializadas.*

- **Miguel Ruiz Ramos**, *es Especialista en Medicina Preventiva y Salud Publica, Licenciado en Medicina, responsable del Registro de Mortalidad de Andalucía, ha desarrollado numerosos estudios sobre magnitud, evolución y distribución geográfica de la mortalidad en Andalucía. Ha participado en varias investigaciones sobre mortalidad evitable en España y la evolución en la esperanza de vida libre de discapacidad en Andalucía. Actualmente esta participando en investigaciones sobre desigualdades sociales y mortalidad en áreas pequeñas de grandes ciudades españolas.*

- **Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido**, *es Licenciada en Estadística y obtuvo el Diploma de Estudios Avanzados en Análisis Geográfico. En la actualidad es Técnica de Investigación y miembro del grupo de investigación de Análisis Geográfico en Áreas Pequeñas de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Los distintos proyectos llevados a cabo en dicha área han dado como resultado diversas publicaciones, entre las que se encuentra el "Atlas de Mortalidad de las Capitales de Provincia de Andalucía". También ha publicado trabajos relacionados con la elaboración de índices socioeconómicos.*

- **Ana Solano Parés**, *es Doctora en Medicina, Profesora Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla y Epidemióloga del Estado. Es miembro del Grupo de Investigación "Análisis epidemiológico de las desigualdades sociales ante la salud" desde su creación en 1988. Ha participado en múltiples proyectos de investigación financiados por diferentes organismos oficiales (CAICYT, FIS, CES, IEA…) estudiando distintos aspectos de las desigualdades ante la salud y los determinantes que las generan. Ha dirigido diversas Tesis Doctorales que han investigado distintos aspectos sobre los determinantes sociales de la salud de las poblaciones, así como sus efectos sobre las desigualdades y las estrategias tendentes a su superación. Los resultados de dichas investigaciones se han publicado en libros y revistas científicas especializadas.*

- **Juan Torres López**, *es Doctor en Ciencias Económicas y desde 1986 catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Málaga en la que también ha sido Decano y Vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado. Ha sido Secretario General de Universidades e Investigación de la Junta de Andalucía y es autor de numerosos libros y trabajos de investigación, varios de ellos sobre el fenómeno de la desigualdad y sobre diversos aspectos de la economía andaluza.*

- **Francisco Viciana Fernández**, *es Especialista en Medicina Preventiva y Salud Publica, Doctor en Medicina, Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla. Su ámbito preferente de actuación profesional es la demografía sanitaria. Es funcionario del Instituto de Estadística de Andalucia, en el que desarrolla investigaciones sobre la magnitud de diversos fenómenos demográficos en Andalucía, especialmente los referidos a la evolución de la esperanza de vida al nacer y a diversas edades y su convergencia con España. Igualmente ha realizado diversas investigaciones sobre carga de enfermedad y de calidad de vida en la población andaluza a partir de encuestas de discapacidad.*

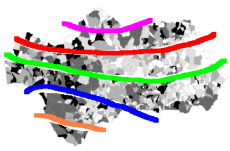
- **Román Villegas Portero**, *es Licenciado en Medicina, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Master en Economía de la Salud. Actualmente es el responsable del área de Evaluación de Tecnologías de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Su trabajo de investigación y artículos publicados en los últimos años han abordado la evaluación de tecnologías sanitarias, las variaciones en la práctica médica, las guías de práctica clínica y los aspectos éticos de la asistencia sanitaria.*

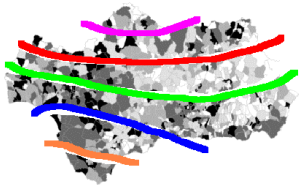
Notas del Editor.

Editar un Informe sobre Desigualdades y Salud no es una tarea sencilla. Es difícil encontrar a personas dedicadas a la investigación en este campo, e invita poco al esfuerzo investigador que el contexto social, especialmente el relacionado con la asistencia sanitaria y la salud pública, sea casi impermeable a la aceptación de las estrechas relaciones entre la salud y las desigualdades de diversa naturaleza que caracterizan a nuestra sociedad. Para muchos de los que no las niegan, su existencia es contemplada como inevitable y por tanto completamente alejada de compromisos para evitarlas. Para la mayoría simplemente no entran en sus marcos explicativos de los determinantes de la salud. Los factores biológicos y de estilo de vida individual son los que ocupan las posiciones centrales en el modelo asumido por la comunidad científica y nuestras administraciones sanitarias. Poner al descubierto las relaciones entre determinantes sociales y la salud es una necesidad científica para reorientar nuestras políticas sociales, entre las que incluimos a las sanitarias.

A pesar de este panorama adverso, y con mayor o menor fortuna que los lectores deberán calibrar, un grupo de profesionales ha sido capaz de componer el Primer Informe sobre Desigualdades y Salud realizado en Andalucía. En general el Informe se estructura en dos grandes apartados. Uno dedicado a la reflexión teórica sobre aspectos conceptuales relacionados con los determinantes de la salud y las desigualdades, tanto en términos generales (Capítulo 2) como respecto al sistema sanitario público de Andalucía (Capítulo 9). El otro apartado de carácter más cuantitativo, presenta y comenta resultados referidos a medidas de la desigualdad relacionadas con la esperanza de vida, la mortalidad, la posición socioeconómica, el trabajo, el medio ambiente, el genero y el uso de los servicios sanitarios en Andalucía (Capítulos 3,4,5,6,7,8). Comenzamos el Informe (Capítulo 1) con una revisión sobre los antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía, desde nuestra consideración de que constituyen la base sobre la que se han generado una parte importante de nuestras desigualdades en salud. El contenido de cada capítulo se resume en una página que hemos denominado subrayados. De forma breve se presentan dos casos ejemplo para desvelar la desigualdad en la esperanza de vida al nacer en la ciudad de Cádiz y en la frecuencia y riesgos de la Diabetes del Adulto en Andalucía. El Resumen y las Conclusiones a continuación del prólogo, completan, con las Recomendaciones que deberían orientar las futuras estrategias para abordar el panorama de desigualdades en salud de Andalucía, el núcleo fundamental del Informe. Por último se presentan dos esquemas explicativos sobre determinantes y estrategias de abordaje de las desigualdades en salud, seguidos de un breve listado de recursos en Internet sobre desigualdades y salud. Nada más sino agradecer a todos los autores su esfuerzo y compromiso.

Editor: Antonio Escolar Pujolar
Editores asociados: Mª Dolores Martínez Ruiz
Antonio Daponte Codina





Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

Prólogo

Carmé Borrell Thio

Agència de Salut Pública de Barcelona
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Prologo.

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades sociales en salud siendo las personas de clases sociales menos favorecidas, las mujeres y los inmigrantes de países de renta baja los que presentan peor salud. Es necesario señalar que estas desigualdades son muy importantes ya que producen un exceso de enfermedad y muerte superior a la que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, las desigualdades socioeconómicas en salud aumentan en la mayoría de países donde se han estudiado porque la salud mejora más en las personas de clases sociales más aventajadas. Hoy día, existe evidencia suficiente que demuestra que las desigualdades en salud son evitables ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales.

En nuestro país, desde hace dos décadas, ha aumentado la evidencia sobre la existencia de desigualdades en salud, sobre todo a través de la publicación de artículos científicos. Existen muy pocas experiencias de Comunidades Autónomas (CCAA) que hayan realizado un informe sobre la evidencia de las desigualdades sociales en salud. Tuve la oportunidad de coordinar los dos informes realizados en Catalunya, informes promovidos por el CAPS (*Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris*) y la *Fundació Jaume Bofill*. Fueron informes que señalaron la importancia del tema en una Comunidad Autónoma donde no existían experiencias previas.

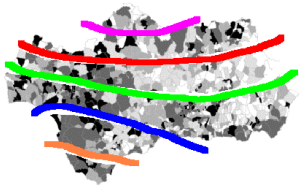
Es muy relevante el desarrollo del presente informe en Andalucía, que es pionero y debería servir de ejemplo a la administración pública y a otras CCAA. Un informe de estas características es de gran utilidad para ayudar a visibilizar un tema que, a menudo, está oculto. En nuestra sociedad, la desigualdad suele estar legitimada, pareciendo que la organización social reinante, y por lo tanto la desigualdad, es inevitable. La legitimación e invisibilidad de las desigualdades en salud se han traducido en la ausencia de las mismas en la agenda política en la mayoría de las CCAA. Es por ello, que este informe será de gran utilidad para los decisores políticos,

y también para los trabajadores de la salud pública y los investigadores. Tanto la información que se presenta sobre la evidencia de las desigualdades en salud como las recomendaciones que se hacen al final del informe puede servir de base para futuras actuaciones.

Es necesario señalar tres temas que deben mejorarse en nuestro país. Primero, existe poca información sobre aspectos sociales relacionados con la salud ya que la mayoría de fuentes de información sanitarias no contienen variables sociales como por ejemplo la clase social. Desde las administraciones públicas debería favorecerse la obtención de esta información. Segundo, la financiación destinada a la investigación sobre la producción social de la salud y la enfermedad y sobre las desigualdades en salud todavía es muy reducida y se debe incrementar. Por último, las desigualdades en salud deben entrar en la agenda política, priorizando políticas e intervenciones destinadas a reducir las desigualdades sociales en salud.

Tanto el editor, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía, como todas las personas que han colaborado en la realización de este informe merecen un especial reconocimiento. Andalucía se beneficiará de los resultados y las recomendaciones presentadas. Además, cabría esperar que la publicación de este informe también favoreciese la puesta en marcha de nuevas políticas públicas destinadas a disminuir las desigualdades sociales en salud.

Carme Borrell Thió
Agència de Salut Pública de Barcelona
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)



Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

Resumen y Conclusiones

Carlos Alvarez-Dardet

Dedicado a los y las profesionales de la salud que entienden el compromiso social como parte de su tarea sanitaria, y en especial a la memoria andaluza de dos de ellos: Pedro Vallina y Enrique Nájera

Preámbulo.

Coincidiendo con la redacción de este capítulo resumen del **Primer Informe de Desigualdades en Salud** que se publica **en Andalucía (INDESAN)**, en el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas se está debatiendo, también por primera vez, la posible ampliación del ya existente derecho a la salud hacia una formulación más amplia, reconociendo para todos los seres humanos el derecho al más alto nivel de salud alcanzable. Por supuesto que aún ignoramos el resultado final de estas deliberaciones, pero merece la pena mencionar esta coincidencia porque de acabar aceptándose este nuevo derecho ampliado, lo que se expone en este Informe no solo seria una detallada pormenorización del principal problema de salud que tenemos debido a injusticias sociales, y una identificación de los déficits de la política social en España y Andalucía, sino que además podría considerarse como una vulneración de derechos humanos.

Las desigualdades son variaciones injustas y evitables de salud derivadas de la desigual distribución de poder por clase social, género, etnia y/u otras circunstancias que limitan el acceso de individuos y grupos a recursos clave para su salud. Suponen pues una barrera de las estructuras sociales a que las personas consigan su más alto nivel de salud alcanzable.

Con este Informe, Andalucía se incorpora de pleno a los países, regiones y ciudades de todo el mundo que realizan informes periódicos sobre desigualdades en salud. Ésta tendencia, de hacer más transparente los efectos en salud de las políticas económicas y sociales fue iniciada en Inglaterra y Gales con publicación en 1982 del reconocido *Black Report*, y seguido con sus propios informes de desigualdades por la mayoría de los países europeos. En España, el último gobierno de Felipe González encargó a los profesores Vicente Navarro y Joan Benach la realización del primer Informe de Desigualdades en el año 1996, desgraciadamente y como ocurrió también con el Informe de Sir Douglas Black en Inglaterra con la subida al poder de Margaret Thatcher, el gobierno de José María Aznar ninguneó este primer Informe, no poniendo en marcha ninguna de sus recomendaciones. Desde entonces solamente en Cataluña (2003 y 2005) y Euskadi (2007) se ha establecido una cierta tradición de realización de Informes de desigualdades. El INDESAN viene a contribuir a esta tendencia creciente desde nuestra comunidad autónoma.

Una característica diferencial del INDESAN es que está realizado en su totalidad por profesionales interesados en el tema y con experiencia previa en investigación científica en desigualdades en salud, que han trabajado conjuntamente durante el último año, de manera independiente y con completa libertad editorial aprovechando la invitación de la Asociación de Defensa de la Sanidad Publica de Andalucía (FASDSP) para ser punto de entrada en el debate público. Esto supone una diferencia con la tradición europea de Informes de Desigualdades donde se ha optado sobre todo por informes gubernamentales o para gubernamentales.

En el resto de Europa, este tipo de informes suelen ser realizados a petición de los parlamentos, gobiernos o desde las autoridades de salud pública. Esta condición de independencia tiene ventajas e inconvenientes. Por un lado los autores del INDESAN han trabajado con completa libertad, con la única limitación -nada desdeñable- de la disponibilidad de datos. Además, tanto los autores como la FASDSP pensamos, en la medida de

nuestros recursos, contribuir con nuestro activismo a que el INDESAN suponga un punto de inflexión cualitativo en la consideración de las desigualdades en Andalucía como problema de salud y su disminución como una prioridad política. Un nicho social independiente favorece la libertad de expresión.

Sin embargo, entendemos también que el abordaje apropiado de los problemas que se denuncian supone tanto la creación de un clima social favorable a cambios sustanciales como compromiso político y una decidida acción de gobierno por parte de la Junta de Andalucía en primer lugar, pero también del Gobierno de España, los Ayuntamientos y otros actores sociales y políticos. Para nosotros el ideal es que haya en el futuro más Informes de Desigualdades en Andalucía, pero preferiríamos que se realizaran desde instituciones con más capacidad de influencia en la toma de decisiones políticas que la que el actual grupo impulsor del INDESAN en este momento tiene.

En este capitulo se hace un resumen de las conclusiones del INDESAN, aunque también se puede consultar el apartado de "subrayados", al final de cada uno de los capítulos, para una ampliación de las conclusiones aquí expuestas, o mejor aún se puede leer el informe completo y extraer sus propias conclusiones. Finalmente se expresan las recomendaciones del Informe, que se han redactado con vocación de precisión- ¿Quién debe hacer qué? –y de acción, ya que son propuestas concretas y abordables.

Para algunas personas las desigualdades sociales en salud serían únicamente "simples" deficiencias de aplicación de las medidas de los servicios sanitarios en los diferentes grupos sociales. Sin embargo, siendo esto en parte cierto porque nuestro sistema sanitario tiene deficiencias de equidad, el estudio de las desigualdades puede, y debe, plantearse desde su propio y más "científico" significado, en el sentido de que su análisis tiene como núcleo central de razonamiento la búsqueda de las raíces sociales de la salud y de los problemas que genera su pérdida. En este análisis tendríamos que debatir el papel fundamental de las estructuras sociales y de las situaciones sociales específicas en la génesis de los problemas de salud y, por tanto, en las desigualdades sociales, frente al protagonismo secundario de las desigualdades frente a los servicios sanitarios.

CONCLUSIONES:

Desigualdades en relación con España.

Las manifestaciones de la desigualdad en Andalucía han ido variando, en calidad y en cantidad, a lo largo de su historia. Ni siquiera las políticas sociales y económicas más avanzadas y la extensión del Estado de Bienestar en España en los últimos 30 años, han podido reducir sustancialmente la desigualdad ni entre España y Andalucía, ni en el interior de Andalucía, como pone de relieve el que a primeros de los noventa del siglo XX el 10% de la población más rica acumulara el 25,26% de los ingresos y el 10% más pobre sólo el 2,54%. Si bien es verdad que la polarización social ya no presenta los tintes dramáticos de otras épocas no deja de ser significativo que incluso todavía en 2005, el porcentaje de hogares situados por debajo del umbral de pobreza en Andalucía eran uno de cada tres frente a uno de cada cinco en el conjunto nacional.

Consecuentemente con estos datos de desigualdad económica, la desigualdad en la esperanza de vida al nacer entre la media de España y Andalucía es en la actualidad de mas de un año y tres meses, con una ligera desventaja para las mujeres andaluzas y llega a ser de dos años y medio si comparamos Andalucía con las CCAA mas aventajadas y mas ricas de España como Navarra. En los últimos 30 años, esta desigualdad no sólo se ha mantenido sino que incluso ha aumentado. Andalucía lleva un retraso de seis años en el proceso de mejora de la esperanza de vida con respecto a la media española, de seguir la actual tendencia Andalucía no alcanzará la esperanza de vida que se disfruta ya en España hasta el año 2014, y no alcanzará la que se disfruta en estos momentos en Navarra hasta el 2020.

Las desigualdades respecto a España no se circunscriben a la longevidad, se extienden a la calidad de vida con la que vivimos, medida mediante la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. Los indicadores de la calidad de vida apuntan a que los andaluces, tanto en los hombres como las mujeres, viven en peor estado de salud y con más discapacidades que la media del Estado español. Son especialmente preocupantes las tasas de prevalencia de discapacidades en la población andaluza a partir de los 65 años, en particular en las mujeres, tanto por sus valores elevados como por afectar a un sector de población cada vez más numeroso.

Desigualdades en mortalidad en Andalucía.

La distribución geográfica de la mortalidad por municipios en Andalucía presenta un patrón este-oeste. En la parte occidental, con niveles de mortalidad más elevados, es una zona de claro predominio urbano y mayor desarrollo industrial, frente a la parte oriental, donde predominan los municipios rurales.

Las capitales de provincia de Andalucía, se incluyen dentro de los municipios españoles con mayor mortalidad. En líneas generales, las capitales de provincia presentaron más mortalidad que la provincia a la que pertenecen e incluso que el conjunto de la Comunidad Autónoma, especialmente en hombres. Estas diferencias son aún más patentes en la mortalidad prematura.

Los mapas de desigualdades socioeconómicas y mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía muestran algunas secciones censales socialmente desfavorecidas que también presentan unas tasas de mortalidad elevadas. Granada, Almería y Córdoba son las ciudades donde mortalidad atribuible a desigualdad fue mayor, mientras que el resto de capitales andaluzas presentaron diferencias menores

Género, clase social y salud.

La integración de la perspectiva de género en la acción sanitaria está en pleno desarrollo, y se basa en la evidencia acumulada sobre la existencia de desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Estas desigualdades provienen del diferente reparto de roles sociales y de la relaciones de poder entre ambos, que suponen, en relación con la salud, riesgos y vulnerabilidades, estilos de vida y prácticas preventivas distintos para unos y otras.

Las mujeres son las más perjudicadas por estas desigualdades en salud por razón de género, que además se entrecruzan y potencian con la clase social, con su peor situación económica y social. Más de la mitad de las mujeres andaluzas se identifican como amas de casa y en general, en relación con los hombres, tienen peores posiciones en nivel de estudios, trabajo remunerado y ocupación.

Las mujeres tienen peor salud percibida y calidad de vida, utilizan de manera diferente los servicios sanitarios, y se encargan preferentemente de los trabajos domésticos y de los cuidados a personas dependientes. Además, viven solas y perciben un apoyo social deficiente con mayor frecuencia que los hombres.

Las mujeres expresan peor salud percibida que los varones y estas diferencias aumentan con la edad, alcanzando un máximo en el grupo de 45 a 54 años. Aunque la peor percepción la muestran personas de clases sociales menos privilegiadas, incluso las mujeres de clases privilegiadas tienen peor salud que los hombres de clases manuales. Las desigualdades en salud percibida por clase social y género han aumentado del año 1987 al 2003.

El consumo de tabaco presenta patrones diferentes entre hombres y mujeres. Desde 1987 son los hombres de niveles educativos más bajos los que presentan un mayor consumo. En las mujeres, en cambio, si bien en 1987 eran las de mayor nivel educativo las que presentan frecuencias más altas, en el año 2003 éstas se dan en los otros niveles. En el consumo de alcohol las desigualdades entre los diferentes grupos han aumentado desde 1987. En el año 2003 las frecuencias más altas se observan en los hombres y las mujeres con menor nivel de estudios. En las mujeres el consumo de tabaco aumenta de manera significativa entre las que tienen un menor nivel de estudios.

La obesidad y las desigualdades en obesidad aumentaron desde 1987 hasta 2003 para hombres y mujeres. Las personas con niveles educativos más bajos presentan frecuencias más altas. El sedentarismo se ha reducido, pero han aumentado las desigualdades. Además de la posición social individual, las características socioeconómicas del área de residencia inciden en los estilos de vida y en la calidad medioambiental. La prevalencia más alta de sedentarismo se encuentra entre quienes consideran que no hay zonas verdes en el barrio, siendo más sedentarios los hombres y las mujeres sin estudios que viven en barrios sin zonas verdes.

Hay un mayor número de hombres con salud deficiente entre los que están en situación de desempleo (18,8%), seguido de aquellos que trabajan sin contrato (14,6%). En las mujeres, en cambio, la peor salud se da entre las que trabajan por cuenta propia o no son asalariadas (21,9%), seguido de las que trabajan sin contrato de trabajo (18,6%). El trabajar sin contrato está ampliamente asociado a unas malas condiciones del propio puesto, inseguridad por la pérdida real del trabajo y a puestos de baja cualificación. En las mujeres de nuestro estudio este tipo de relación se da principalmente en el servicio doméstico.

Las condiciones materiales y organizativas del trabajo están en la base del gradiente de desigualdad en salud, pues el trabajador de la economía informal o contrato temporal ocupa los puestos de trabajo con mayores exposiciones a productos tóxicos, cargas pesadas, movimientos repetitivos, maquinaria obsoleta, menor control y autonomía, y mayor exigencia psicológica. En la actualidad, uno de los grupos más vulnerable a esta situación lo constituyen los trabajadores inmigrantes.

Utilizacion de servicios sanitarios.

El modelo sanitario propio de Andalucía se inicia en el año 1982 con la intención de poner en marcha un nuevo sistema que redujera los desequilibrios territoriales y sociales que los servicios sanitarios anteriores generaron; había implícita una opción ideológica por la

igualdad y la equidad. La Atención Primaria de Salud, fruto de la Conferencia Internacional que se había celebrado (1978) en Alma-Ata, fue el eje de la Reforma en Andalucía. La conferencia de Alma-Ata puso de manifiesto la importancia que en esta nueva forma de abordar los problemas de salud tiene la acción intersectorial y la participación comunitaria, elementos que eran desconocidos y siguen siéndolo en los modelos sanitarios de orientación biomédica como el andaluz.

Aunque en el III Plan Andaluz de Salud aparecen principios, valores y objetivos en relación con las desigualdades en salud, son prácticamente inexistentes las propuestas de intervención encaminadas hacia su control. Estamos tan lejos de conocer la efectividad del sistema sanitario en relación a la superación de desigualdades que ni siquiera sus actuales sistemas de información recogen variables sociales que permitieran realizar estos estudios.

Un sistema sanitario público es una conquista de la ciudadanía. Su misión es contribuir a mejorar la salud de la población dando alternativas a los problemas de salud y equilibrando las necesidades. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste, por lo tanto, en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva. Sin embargo, los sistemas sanitarios públicos pueden estar sujetos a desigualdades, tanto en el acceso como en la utilización de algunas de sus prestaciones.

Las personas en ambos sexos con más edad, menos estudios, clase manual y que no trabajan fuera del hogar hacen más visitas de medicina general. Entre las mujeres sólo ocurre cuando viven solas y son responsables de los cuidados. Comparando mujeres y hombres, ellas consultan más en todas las categorías de las variables estudiadas, excepto las universitarias y las estudiantes.

Coexisten en el tiempo patrones de uso de los servicios sanitarios que son compatibles con las desigualdades sociales y patrones compatibles con la corrección de estas desigualdades por la universalidad del sistema sanitario. Entre los primeros cabe destacar el mejor acceso a los servicios bucodentales de las personas con mayor nivel socioeconómico y el mayor uso de la consulta ginecológica para revisiones periódicas y pruebas de detección precoz del cáncer en las mujeres con nivel educativo más alto y menor dificultad económica.

Sin embargo, hay que subrayar que no se han encontrado patrones de desigualdad en el uso de la mayor parte de los servicios analizados como hospitalización, urgencias, la mayoría de los medicamentos, algunas medidas preventivas y que algunos servicios son más usados por las personas de menor nivel educativo (como la consulta médica). En algunos casos, como el uso de medicamentos para factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, colesterol y diabetes), tras ajustar por posibles factores de confusión, se encontró un patrón de mayor consumo a menor nivel educativo. Esto podría ser coherente con la mayor frecuencia de visita al médico general en las clases más desfavorecidas.

Los únicos medicamentos donde hubo un patrón compatible con desigualdad fueron los indicados para la alergia y las medicinas para el catarro y la gripe.

Conclusión final.

En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida entre Andalucía y España y dentro de Andalucía, se seguirán manteniendo importantes y crecientes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto del enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas.

En este estudio, los servicios sanitarios andaluces demuestran estar funcionando como un aceptable tampón del efecto en salud de las desigualdades sociales. Las desigualdades en salud que hemos encontrado serian sin duda mucho mayores si no nos hubiéramos dotado de un sistema público de salud, universal, y con un funcionamiento tendente a la equidad.

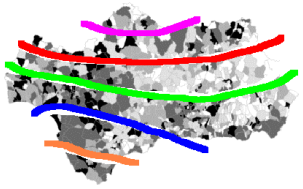
El camino que se bosqueja a partir del INDESAN supone por un lado conocer mejor las desigualdades en salud para poder desarrollar políticas más eficientes de equidad en el sistema sanitario. Por otro lado es necesario visibilizar públicamente el enorme beneficio en salud que supondría la reducción de las desigualdades y desarrollar liderazgo político para avanzar en esa línea. Existen herramientas formales para desarrollar estos procesos, que se desarrollan más en las recomendaciones pero que pretenden llevar la salud a todas las políticas públicas, evaluar el impacto en salud de todas las políticas públicas y privadas, y dejar de considerar la salud como un gasto para empezar a verlo como una verdadera inversión.

La OMS (Anexo 1) distingue una jerarquía de influencias entre los determinantes sociales de la salud. Plantea primero los determinantes estructurales, que se desarrollan como producto histórico de los contextos sociopolíticos y económicos, por medio de cinco grandes fuerzas:

- la gobernación,
- las políticas macroeconómicas,
- las políticas sociales (trabajo, vivienda y territorio).
- el resto de las políticas publicas, especialmente educación, salud y protección social.
- los valores sociales y culturales.

Como puede verse en la figura (Anexo 1) en su gran mayoría, el contexto social y político de los determinantes de la salud se hallan bajo el área de influencia de la Junta de Andalucía. Estas fuerzas modelan en las sociedades estructuras de poder que estratifican de manera jerárquica a las personas. Los sistemas de estratificación social que más afectan a la salud en Andalucía son la clase social, el género y la etnia, que condicionan a través de la educación, la ocupación y el salario el acceso a recursos materiales, conductuales y psicosociales que a su vez determinan la salud de los individuos.

El Estatuto recién aprobado, con los avances que proyecta en materia de derechos sociales y que podrían considerarse como una expresión paradigmática de voluntad política de avance hacia el bienestar colectivo, sería no más que papel mojado si al mismo tiempo avanza la lógica que tiende a la privatización de la financiación de los servicios públicos (y, por tanto, a no garantizar su disfrute efectivo como derechos sociales). Son dos lógicas a la larga incompatibles y de la resultante va a depender en suma la mayor o menor desigualdad que en el futuro se padezca en Andalucía.



Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

Capítulos

CAPÍTULO 1.

Orígenes de la desigualdad: Antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía.

Juan Torres López.
Catedrático de Economía Aplicada.
Universidad de Málaga.

"Tengo la convicción profunda de que las desigualdades proceden de Dios, que son propias de nuestra naturaleza; y creo, supuesta es la diferencia en la actividad, en la inteligencia y hasta en la moralidad, que las minorías inteligentes gobernarán siempre el mundo en una u otra forma.".

(Antonio Cánovas del Castillo. Problemas contemporáneos, Madrid 1884, p.446).

1. Las manifestaciones de la desigualdad en Andalucía: pasado y presente.

Andalucía ha sido siempre un espacio donde no han dejado de proyectarse notables desigualdades, tanto en su interior como en términos comparativos con el entorno en el que geográfica y políticamente se ha venido desenvolviendo. Aunque las manifestaciones de esa desigualdad han ido variando, en calidad y en cantidad, a lo largo de su historia, podemos decir que presentan tres características básicas. En primer lugar, que están claramente relacionadas con las diferencias existentes en el medio físico. En segundo lugar, el haber venido dándose desde hace siglos, es decir, su persistencia histórica. Finalmente, el aparecer tanto en épocas de esplendor económico como en las de crisis y deterioro. Veremos cada una de estas características con algún detalle a continuación.

1.1. Un espacio desigual y generador de desigualdades.

El medio físico andaluz es intrínsecamente desigual desde muchos puntos de vista, hasta el punto de que se ha considerado necesario distinguir dos auténticas andalucías: la Andalucía Alta correspondiente a las actuales provincias de Almería, Granada, Jaén y Málaga y las Andalucía Baja en donde se incluirían a las cuatro restantes. Aunque ambas tienen prácticamente la misma extensión (48% y 42%, respectivamente) presentan rasgos físicos muy desiguales. Así, la altitud media de la Andalucía Baja es prácticamente la mitad que la de la Alta. En ésta última, más de la mitad del terreno es montañoso, alrededor del 15% llano y el resto de colina. Por el contrario, en la Andalucía Baja u Occidental el 60% de la superficie es llana y sólo el 3,4% se puede considerar montañoso. Lógicamente, la mayor altitud y dificultad del terreno en la Andalucía Oriental conlleva también condiciones más difíciles para el desarrollo de los cultivos, de la comunicación y para la utilización de la maquinaria de todo tipo, lo que tiende a generar actividades económicas más costosas y de menor valor añadido.

1.2. La persistencia de la desigualdad.

La segunda característica fácilmente observable en la desigualdad que presenta la sociedad andaluza es que se trata de un fenómeno que se ha labrado a lo largo de su historia, es decir, que tiene sus raíces en las vicisitudes sociales y económicas que nuestra tierra ha sufrido ya desde hace varios siglos.

El periodo de la reconquista, cuando ya sólo el reino de Granada se mantenía bajo dominación árabe, marca quizá el inicio de las desigualdades. Así, mientras que en el reino oriental se conformaban modos de producir vinculados a formas de propiedad más reducida, a cultivos de regadío más productivos e incluso a una variedad sectorial más amplia, en los reinos occidentales se comenzó a extender la gran propiedad señorial que conformaba legiones de auténticos desheredados en la actividad agraria.

La llegada de la Edad Moderna reflejó quizá mejor que ningún otro momento que la desigualdad que mucho más tarde ha venido padeciendo Andalucía es un producto anclado en su propia historia. A lo largo del XVIII se manifiestan claramente los rasgos de esta desigualdad entre las dos andalucías. Así, la Baja Andalucía (con un 52% de la superficie y el 56,1% de la población) llegaba a suponer el 67,5% de la contribución tributaria total de Andalucía

a la Corona y un 63,1% del producto regional, frente al 32,5% y 43,9% de la Andalucía Alta, que tenía un 48% de la superficie y poco más de 53,9% de la población (Lacomba 1999:320, 321 y 325).

Lejos de ir aliviándose, esta situación se fue agudizando y, sobre todo, se fue manifestando también en otro tipo de desigualdades referentes a la propia composición de los diferentes grupos sociales que hicieron que la sociedad andaluza se fuese polarizando de una manera muy aguda y evidente, como señalaré más adelante. A finales del siglo XVIII se podía percibir claramente un cambio de patrón que muestra la pervivencia de una Andalucía desigual en su conjunto, es decir, con grandes asimetrías en sus diferentes territorios; y al concluir el XIX, Andalucía ya presentaba la fisonomía propia de las economías capitalistas (más atrasadas y periféricas, bien es verdad). Eso significaba que en ella comenzaban a darse dualidades que tenían que ver no sólo con el tipo de propiedad o las condiciones de vida que le son inherentes (en la Andalucía Occidental tradicionalmente más vinculada a la vida en torno al latifundio y en la Oriental más centrada en la propiedad más repartida e incluso más productiva), sino con la diferente naturaleza de las actividades predominantes.

Las diferencias entre provincias también comenzaban ya a ser notables en aquel momento. Mientras que Almería tenía el 10,7% de la población y sólo el 5,2% de la contribución tributaria total de Andalucía, Cádiz tenía el 13,1% y el 22,5% respectivamente. Y Sevilla que tenía el 15,4% de la población (muy poco más que Málaga con el 15,2%) representaba el 25,6% de la contribución (frente al 16,6% de Málaga). Solo dos provincias, Sevilla y Cádiz, con el 28,5% de la población, registraban el 48,1% de la contribución industrial y comercial. Una concentración de la actividad que no sólo es significativa en lo económico sino que tiene profundas derivaciones en cuanto al tipo de condiciones de vida que se generaban en cada territorio.

Esto último se manifiesta claramente en los niveles de analfabetismo existentes en Andalucía en los albores de la sociedad contemporánea e incluso de nuestros días. En 1905 el porcentaje de electores que sabían leer y escribir en Andalucía oriental era del 36,21% frente al 48,29% en Andalucía Occidental (Cazorla 1965:123). Porcentajes que, además, contrastan notablemente con los del total nacional (59,97%) y mucho más aún con los de las provincias más avanzadas en este campo como Vizcaya (73,96%) o Santander (90,33%). Las diferencias entre provincias antes mencionadas en cuanto a la contribución tienen un correlato claro en las de instrucción si se tiene en cuenta que el porcentaje de electores que sabían leer y escribir en Cádiz (51,03%) y Sevilla (50,83%) era mucho más elevado que el de las provincias con menos avance en este sentido (Málaga, con el 34,90%, y Jaén con el 35,73%).

El siglo XX abundará en este tipo de desigualdades internas y la lentitud y debilidad de los cambios modernizadores se traducirán en el atraso que sólo logrará cambiar de tendencia en su último cuarto. Baste señalar que en 1955, en la mitad de una década que marca el punto culminante del modelo secular de (sub)desarrollo socioeconómico periférico andaluz, la renta per capita de Andalucía Oriental era un 56,9% de la media nacional y la de Andalucía occidental un 88,6% (cuando la de Vizcaya era del 208,1%). Y ello con notabilísimas diferencias entre las provincias, pues la renta per capita de la provincia de Sevilla alcanzaba 98,5% de la nacional, mientras que la de Granada era del 49% (Cazorla 1965:306).

Ni siquiera las políticas sociales y económicas más avanzadas y la extensión del Estado de Bienestar han podido reducir muy sustancialmente la desigualdad en Andalucía, como pone de relieve el que a primeros de los noventa del siglo XX el 10% de la población más rica acumulara el 25,26% de los ingresos y el 10% más pobre sólo el 2,54%. Entonces, el 30% más rico acumulaba el 53,46% de los ingresos frente al 12,05% del 30% más pobre (Torres 1995:244). Y esas desigualdades continuaban manifestándose no sólo en el interior de Andalucía sino en relación a otras comunidades del Estado. Así, es significativo que también a finales de esa década, el 45,85% de la población nacional residiera en municipios con renta media superior a 1.450.000 ptas. y en Andalucía el 0%. O que sólo un 5,9% de la población nacional residiera en municipios con menos de 1.250.000 pesetas de renta media frente a un 100% de la andaluza (La Caixa 1999).

1.3. Desigualdad y empobrecimiento en el esplendor y en la crisis.

En la edad moderna Andalucía "era rica", como señaló Domínguez Ortiz. Era considerada, como dice Juan Antonio Lacomba (1999:319*), "una tierra feliz. Pero en realidad, el microcosmos andaluz era un mosaico de áreas privilegiadas unas y pobres otras"*. Andalucía representaba algo más del 22% del territorio nacional pero aportaba el 34,9% del tributo total de 1651, aunque, como señalé anteriormente, la distribución de las dos andalucías era muy distinta, puesto que la Occidental aportaba por sí sola el 67,5% de la tributación andaluza en su conjunto.

A finales del XVIII, Andalucía seguía siendo un territorio relativamente privilegiado en el conjunto nacional: representaba el 22,7% del territorio y el 24,87% de la población pero un porcentaje considerablemente mayor, el 29,7%, del total de la renta castellana.

Sin embargo, es esa época el 73,4% de la población activa se dedicaba a la actividad agraria y de ella alrededor del 70% eran jornaleros (Solana 2000) con sueldos diarios (3,35 reales) que en el caso de los braceros sevillanos se estimaban en menos del triple de lo que entonces costaba un kilo de pan (1,3 reales). Eso indica claramente que frente a una exigua minoría muy acomodada (la nobleza, por ejemplo, sólo representaba en el conjunto andaluz el 0,9% de la población y la mitad de este porcentaje en Granada y Córdoba) la inmensa mayor parte de la población vivía en la pobreza, una situación que se mantendría a lo largo del tiempo, prácticamente hasta el final del siglo XX.

La perdurabilidad de la penuria en la que se han mantenido las clases trabajadoras andaluzas y que ha sido la otra cara del fenómeno de la desigualdad en Andalucía fue puesta de manifiesto por Manuel Delgado (1981:64) al señalar la escasez y las diferencias tan grandes que todavía en 1930 se daban en los salarios percibidos por los andaluces. Así, el jornal medio diario en la agricultura andaluza (2,5 pesetas) era menos de la tercera parte del recibido en la industria (8 pesetas) y casi la mitad que el de los servicios (4,5 pesetas.). Y todos ellas considerablemente más bajos que los existentes en otras regiones como Cataluña (6,5 pesetas, 10,5 pesetas y 7 pesetas respectivamente) o el País Vasco (6 pesetas, 10 pesetas y 6,5 pesetas respectivamente).

Incluso en los años en que ya se habían comenzado a aplicar políticas directamente encaminadas a combatir la desigualdad y el atraso, en los últimos veinticinco años del siglo XX, la pobreza ha seguido siendo una lacra de la sociedad andaluza. Si bien es verdad que ya no presenta los tintes dramáticos de otras

épocas no deja de ser significativo que un 24,49% de su población estuviera por debajo del umbral de pobreza considerado como la obtención de un ingreso menor a la mitad del ingreso medio nacional (Torres 1995:232). Un porcentaje extraordinariamente más elevado en algunos colectivos sociales como los desempleados (52,59% de pobreza) o los habitantes de núcleos no urbanos (29,46%). Incluso todavía en 2005 el porcentaje de hogares situados por debajo del umbral de pobreza en Andalucía era del 27,7%, frente a un 19,8% en el conjunto nacional, según la Encuesta de calidad de vida (2005) publicada por el INE[1].

2. Sobre las causas de la desigualdad en Andalucía.

En el apartado anterior acabamos de mencionar algunas de las circunstancias que han hecho que Andalucía haya sido, a lo largo de su historia, una tierra de notables desigualdades. Pero ni siquiera todas esas circunstancias juntas permiten explicar por sí solas la magnitud de la desigualdad y la pobreza que durante tanto tiempo ha venido sufriendo Andalucía. Hay que referirse, pues, a causas más cercanas a la estructura profunda de la economía y la sociedad andaluzas de los últimos siglos para poder explicar el fenómeno de la desigualdad vinculada a la pobreza que tanto está perdurando. Sin ánimo de hacer aquí un estudio exhaustivo, podemos mencionar tres grandes factores desencadenantes de este fenómeno y explicativos de su persistencia histórica: la gran propiedad de la tierra, la pervivencia de estructuras feudales y precapitalistas y la naturaleza atrasada dependiente y periférica del capitalismo andaluz.

2.1. Gran propiedad feudal, división de clases y desigualdad.

La larga etapa de la reconquista (y posteriormente el fracaso de las sucesivas repoblaciones) fue generando, fundamentalmente en la Andalucía Occidental y a través de los *repartimientos*, una estructura de propiedad latifundista vinculada a la nobleza parasitaria. En lugar de producirse, como en otros territorios y países, una deriva hacia procesos de transmisión abierta de la propiedad, en el caso de la latifundista andaluza predominaron, también durante siglos, los mecanismos más estáticos y tradicionales de transmisión: la herencia o el matrimonio.

Así, el tamaño medio de las explotaciones andaluzas en el siglo XVIII (principalmente debido a la gran extensión de las occidentales) era cuatro veces mayor que el nacional y esa mayor propiedad iba lógicamente acompañada de una concentración de la riqueza que no podía originar sino una enorme desigualdad estructural. En esa misma centuria, la nobleza poseía el 60% de las tierras, la Iglesia algo más del 17% y el resto se los distribuían pequeños propietarios o arrendatarios que, en realidad, la utilizaban casi en las mismas condiciones que los trabajadores del campo y jornaleros (Artola y otros 1978).

La correspondencia de clases con esa estructura de propiedad era igualmente desigual, como mostraba el censo de 1797: un 7% de propietarios, un 12% de colonos y entre un 68% y un 81% de jornaleros y sirvientes. Eso muestra, como señala José Sánchez (1994:14), que en ese momento Andalucía continuaba manteniendo "*una distribución "mala" de*

[1] Este último dato no es comparable con el anterior puesto que esta última encuesta define el umbral de pobreza como el 60% de la mediana de los ingresos de 2004 por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

la propiedad, con diferencias significativas en exceso entre los pudientes (los que poseen todo) y los indigentes (los que carecen del mínimo vital imprescindible)".

Esa estructura de la propiedad y esa división de clases prácticamente se conservarían hasta el último cuarto del siglo XX, como demostró en su día el profesor José Cazorla (1965:357) al poner de relieve la estructura de la propiedad de las tierras andaluzas en 1960. En ese año el 0,6% de los propietarios poseía en Andalucía Occidental el 38,6% de las tierras y el 3,5% el 72,6%, mientras que el 72,6% de los propietarios sólo disfrutaba del 5,4% de la superficie. En Andalucía Oriental, la concentración era algo menor: el 2,2% de los propietarios poseía el 5,33% de las tierras, y el 78,8% el 11%.

Los problemas económicos asociados a este tipo latifundista de propiedad no sólo tienen que ver con el efecto de exclusión que provocan sobre las clases no propietarias –que incluyen, como hemos visto a la inmensa mayoría de la población, y que por sí mismo es un evidente factor generador de desigualdad. El absentismo de los grandes propietarios (o directamente la colocación de su excedente fuera de Andalucía) impedía el desarrollo integral de la economía en su conjunto. Y a su vez, el predominio de una agricultura basada en el uso barato e intensivo de la mano de obra frenaba el desarrollo de un mercado interno capaz de soportar la acumulación, no ya en otros sectores sino incluso en el de la propia actividad agraria.

2.2. La pervivencia de estructuras e instituciones precapitalistas.

Una segunda circunstancia a tener en cuenta para explicar el origen y continuidad de las desigualdades en Andalucía es la pervivencia, mucho mayor que en otros territorios, que han tenido otras instituciones feudales o precapitalistas (además de la gran propiedad) y que han actuado como factores retardatarios del progreso e incluso del propio desarrollo del capitalismo.

Es cierto que la progresiva implantación de las relaciones capitalistas en Andalucía implicaron una innegable aunque muy precaria y lenta modernización de las estructuras productivas, de la actividad económica sectorial y de las relaciones sociales en su conjunto. Pero hay que tener en cuenta que el desarrollo del capitalismo en Andalucía ha venido acompañado de más desigualdad que en otros territorios debido a dos circunstancias importantes que se han reforzado mutuamente.

Por un lado, resulta que el capitalismo se desarrolló en Andalucía bajo una alianza, económicamente hablando muy conservadora, entre la incipiente burguesía y la vieja oligarquía noble y terrateniente más dada al rentismo y a la regalía que al riego y a la innovación.

Esto es muy importante porque, por otro lado, no se puede olvidar que la extensión de los patrones de mercado tienden siempre a reproducir la desigualdad de origen existente en un momento dado y que en Andalucía siempre fue muy elevada, como hemos podido comprobar. Para frenarla o paliarla es preciso que existan instituciones que compensen la acción del mercado, principalmente, a través de la intervención, de cualquier tipo que sea, del Estado. Es fácil comprobar que allí donde ésta última ha sido menor, dejando a su aire a las fuerzas del mercado, la desigualdad ha sido mayor.

Pues bien, puede decirse que hasta la proclamación de la II República apenas si hubo en España legislación social,

instituciones de protección y normas tendentes, en suma, a garantizar el bienestar social de todos los ciudadanos compensando el efecto continuamente *"desigualador"* de los mercados y de la estructura productiva y, en ese caso, se trató de una experiencia pronto frustrada por el levantamiento fascista de 1936 que provocó la guerra civil.

Durante el largo periodo franquista la situación social sólo comenzaría a mejorar muy tardíamente, e incluso puede decirse que desde el punto de vista de la desigualdad no se ha comenzado a mejorar sustancialmente sino desde hace muy poco tiempo, como demuestra el que en 1960 se estimase que un tercio de las familias andaluzas vivía en la indigencia (Delgado 1993:77).

Ambas circunstancias provocaron que el desarrollo del capitalismo en Andalucía fuese muy parasitario, bastante dependiente y periférico, convirtiéndola en una auténtica tierra de periferias dentro de la periferia.

2.3 El capitalismo periférico andaluz.

Las circunstancias que acabamos de mencionar provocaron que el desarrollo del capitalismo andaluz fuera retardado y, sobre todo, que sus factores más dinámicos no respondieran fundamentalmente al empuje del capital acumulado en Andalucía, es decir, que fuese claramente periférico.

En concreto, y desde el punto de vista de las desigualdades que nos interesa destacar, el desarrollo del capitalismo periférico andaluz ha generado cinco procesos complementarios y determinantes.

- Centralización del excedente agrario:

En los últimos tres decenios se ha producido un vertiginoso proceso de modernización de las estructuras agrarias andaluzas que ha convertido a la mayor parte de las antiguas "tierras" en auténticas explotaciones empresariales, muchas de ellas incluso bajo la figura paradigmática de sociedades anónimas, como una expresión definitiva de que, por fin, el capitalismo llegó con todas sus connotaciones al campo andaluz. Sin embargo, esta modernización no siempre ha llevado consigo un auténtico proceso de innovación y mejora cualitativa de la estructura agraria sino que se ha basado en la consecución de altas tasas de rentabilidad a través de la reducción de gastos (especialmente de mano de obra), del aprovechamiento muy intensivo (y demasiadas veces no sostenible) de los recursos y en la disminución del riesgo asumido en la explotación del negocio agrario.

Este tipo de lógica, que ha venido de la mano de una intensiva presencia de capital extranjero a los canales de distribución y comercialización vinculados a la producción agraria, ha producido una fuerte concentración del excedente que consecuentemente lleva consigo una peor distribución de la renta del sector primario en Andalucía.

Todo ello se traduce, desde el punto de vista de la distribución, y por tanto de la generación de desigualdades, en la conformación en Andalucía de una *"agricultura sin agricultores"* (Delgado 1993: XIX), a diferencia del modelo de la Unión Europea.

En Andalucía, la modernización ha significado sencillamente "racionalización" capitalista, es decir, mayor rentabilidad con un aprovechamiento más intensivo que garantice una menor utilización del factor trabajo, lo que ha provocado las elevadas tasas de paro del sector y, en consecuencia

que *"la riqueza que produce la agricultura se distribuye cada vez entre un menor número de personas"* (Ibidem).

- Terciarización regresiva de la economía:

En los territorios industrializados, el sector terciario se especializa normalmente en la oferta de servicios de acompañamiento de la actividad industrial. Pero el hipertrofiado sector servicios en Andalucía se halla vinculado preferentemente a actividades de bajo valor añadido y baja productividad, así como a la producción de servicios no comercializables, es decir, generadores de bajo excedente, salvo que salarios muy bajos permitan obtener beneficios elevados, aún a costa de la baja productividad, lo que implica escasa capacidad competitiva.

Lógicamente, esta situación, que sólo ha comenzado a apuntar un cierto cambio de tendencia en los últimos años gracias al desarrollo de nuevas actividades vinculadas en mayor medida a las nuevas tecnologías de la información, ha producido un efecto importante sobre la estructura salarial andaluza y por ende en la distribución de la renta.

- Utilización intensiva de los recursos naturales:

El modelo de crecimiento de la economía española en general y de la andaluza en particular está centrado no sólo en uso no sostenible de los recursos naturaleza y ambientales (en los llamados *"milagros sin mañana"*) sino también en una consideración de esa utilización que ni siquiera está tenida en cuenta porque no se contabiliza en el haz convencional de las magnitudes económicas. El problema radica en que, como ha puesto de manifiesto recientemente Manuel Delgado (2006), buena parte de la modernización de la economía andaluza ha consistido en especializarla en ese tipo de actividades cuyo coste en términos de sostenibilidad no se hace hoy día visible en las estadísticas macroeconómicas al uso. Al no registrarse esos costes, resulta que las actividades o espacios especializados en la utilización intensiva de los procesos que los generan resultan sub-retribuidos, es decir, literalmente empobrecidos.

En palabras de Manuel Delgado (2006:125) predominan unos criterios de valoración de la actividad económica que condenan a las regiones y espacios periféricos (como es el caso de Andalucía y dentro de ella las zonas así mismo periféricas) a recibir *"una remuneración por debajo de sus costes para los productos primarios... vinculados a la explotación del patrimonio natural y situados en los primeros eslabones de la cadena de valor"* y en ese contexto "podría hablarse con más propiedad de territorios 'enriquecidos' y territorios 'empobrecidos', porque la riqueza de unos es a costa del empobrecimiento de otros.

- Extraversión de las cadenas productivas y de la renta andaluza.

Finalmente, la consecuencia de todos estos factores típicos del capitalismo de periferias es que se termina restringiendo radicalmente la generación de rentas endógenas en los espacios periféricos, como ha sido el caso de Andalucía en los últimos decenios.

El seguimiento de la distribución funcional de la renta en Andalucía (Torres 1993 y 1995) ha puesto de manifiesto que en los últimos decenios la efectiva convergencia de Andalucía con el conjunto nacional se ha producido por la vía del incremento de las transferencias y no como consecuencia de un incremento efectivo de su capacidad de generación de rentas internas o endógenas. Eso es el resultado de un doble proceso: por un lado de la disminución de las fuentes

endógenas de generación de renta, como consecuencia de la pérdida de tejido productivo; por otro, directamente de la extraversión de rentas hacia fuera de Andalucía como resultado de la incorporación estratégica de intereses externos a la economía andaluza.

3. Conclusiones: presente y futuro de la desigualdad en Andalucía.

Para concluir este trabajo conviene establecer algunas conclusiones principalmente orientadas a poner sobre la mesa la realidad actual andaluza, a partir del proceso histórico en el que inevitablemente se inserta y de los horizontes que pueden vislumbrarse en el futuro.

A la vista de lo que hemos analizado, puede concluirse que:

1. La desigualdad es un hecho históricamente recurrente en Andalucía, que se ha dado tanto en épocas de crisis como de esplendor y que no tiene que ver solamente con diferencias geofísicas sino más bien con factores estructurales e institucionales muy relevantes: la gran propiedad, la división muy extrema de clases y la pervivencia de sectores sociales oligárquicos y poco productivos, la dependencia hacia el exterior como consecuencia del carácter periférico del capitalismo dominante, la especialización en actividades intensivas primero en mano de obra barata y más tarde en recursos naturales, la inexistencia de una burguesía andaluza con intereses claramente vinculadas a su tierra, la ausencia de clases proletarias suficientemente potentes o la des-vertebración interna, principalmente.

2. En los últimos tres decenios se ha producido un proceso de modernización muy intensivo que ha permitido aliviar, en algunos casos completamente, residuos prácticamente feudales en la economía y la sociedad andaluzas y que ha puesto en marcha con vigor inusitado políticas de bienestar y desarrollo social. Desde muchos puntos de vista, y todos ellos esenciales para el bienestar humano, la sociedad andaluza actual apenas si tiene que ver con la sociedad rural, inculta y sumamente atrasada de hace algo más de 30 años.

3. Sin embargo, desde el punto de vista de la desigualdad no puede decirse que el avance haya sido paralelo al de la mejora que se ha producido en términos absolutos en los indicadores de bienestar social. Andalucía ha avanzado considerablemente en estos últimos años pero lo han hecho también otros territorios de nuestro entorno, de modo que las diferencias entre unos y otros apenas si se han reducido significativamente. Y las desigualdades internas no han desaparecido sino que se mantienen.

4. Se trata, pues, de un proceso paradójico: Andalucía ha mejorado de forma sustancial su estándar de bienestar social pero no han desparecido las secuelas de la desigualdad que se ha padecido durante siglos. Esto paradoja en la que se mueve Andalucía desde el punto de vista del bienestar y la desigualdad, es el resultado de un choque de fuerzas que está marcando su desarrollo social. Por un lado, es cierto que se viene realizando un esfuerzo especialmente notable en políticas sociales, de protección social, de educación, salud, etc. Pero, por otro, resulta que el entorno en el que eso se viene produciendo es el de la globalización neoliberal que impone a Andalucía un espacio dependiente, periférico, especializado en actividades de baja productividad y vinculadas a la fácil explotación de los recursos naturales y la mano de obra. Es decir, con muy baja capacidad de generación de rentas endógenas. Y, además, que obliga a realizar así mismo políticas

presupuestarias, monetarias y de equilibrio macroeconómico general que son radicalmente negativas para los sectores sociales y los espacios más empobrecidos, porque resultan insuficientes para generar las rentas exógenas que podrían compensar el fenómeno anterior.

5. Lo que Andalucía recibe, por una parte, como expresión de una mayor voluntad de realizar políticas sociales, lo pierde por otra cuando se aplican políticas neoliberales que irremediablemente llevan consigo des-industrialización, bajos salarios, especialización perversa, dependencia o empleo precario. En el cruce de esos dos vectores se resuelve la tensión de la desigualdad en Andalucía en los últimos años, con resultados lógicamente contradictorios, según la correlación entre las fuerzas que los mueven, no siempre favorable al desarrollo social.

6. El futuro de la igualdad, y por tanto del bienestar entendido como un recurso al alcance de todos los ciudadanos sin distinción, depende también de esa misma correlación. El caso del Estatuto recién aprobado es una buena prueba de esto último: los avances que proyecta en materia de derechos sociales y que podrían considerarse como una expresión paradigmática de voluntad política de avance hacia el bienestar colectivo, serían no más que papel mojado si al mismo tiempo avanza la lógica hasta hoy imperante en la Unión Europea que tiende a la privatización de los servicios públicos (y, por tanto, a no garantizar su disfrute efectivo como derechos sociales). Son dos lógicas a la larga incompatibles y la resultante, de la que va a depender en suma la mayor o menor desigualdad que en el futuro se padezca en Andalucía, dependerá de la fuerza de los diferentes intereses sociales en juego.

7. Nada está, pues, escrito, si bien es verdad que de momento no todos los grupos sociales pueden sentirse igual de seguros puesto que la fuerza que se traduce de la eficacia con la que cada uno logra imponer a los demás sus respectivas propuestas es evidentemente desigual. Y no hay que olvidar que, en realidad, es de esa expresión primaria de la desigualdad (de la diferente capacidad para decidir) de la que nacen todas sus demás manifestaciones.

4. Bibliografía.

- Artola, Miguel, Bernal, Antonio M. y Contreras, J. (1978). "El latifundio. Propiedad y explotación, ss. XVIII-X". Servicio de Publicaciones Agrarias. Madrid.

- La Caixa. Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona (2000). "Anuario Comercial de España 2000". Servicio de Estudios. Barcelona.

- Cazorla, José (1965). "Factores de la estructura socioeconómica de Andalucía oriental". Caja de Ahorros de Granada. Granada. Existe una reedición de 1993 editada por la Universidad de Granada y la Caja General de Ahorros de Granada.

- Delgado, Manuel (1981). "Dependencia y marginación de la economía andaluza". Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba. Córdoba.

- Delgado, Manuel (1993). "La economía andaluza en las tres últimas décadas". En Martín, Manuel (1993).

- Delgado, Manuel (1993). "Andalucía en el camino de la integración desigual". Estudio preliminar a Cazorla (1965, edición de 1993).

- Delgado, Manuel (2006). "Economía, territorio y desigualdades regionales". En Revista de Estudios Regionales nº 75.

- Domínguez Ortíz, Antonio (1976). "Sociedad y Estado en el siglo XVIII". Ed. Ariel. Barcelona.

- Lacomba, Juan Antonio (1999). "Las desigualdades interiores en Andalucía en perspectiva histórica. Una aproximación". Revista de Estudios Regionales, nº 54, pp. 315-334.

- Solana, José Luis (2000). "Las clases sociales en Andalucía.. Un recorrido sociohistórico". Gazeta de Antropología, nº 16, Granada.

- Torres, Juan (1993). "La distribución de la renta en Andalucía". En "Estructura Económica de Andalucía" dirigido por Manuel Martín Rodríguez. Editorial Espasa-Calpe. Madrid.

- Torres, Juan (1995). "Crecimiento económico y distribución de la renta en Andalucía". En volumen colectivo "Ocho reflexiones sobre economía andaluza". Instituto de Desarrollo Regional. Sevilla.

Anexo: **Tablas.**

Tabla 1. **Pobreza relativa, Andalucía, España y Cataluña.**

Pobreza	**Andalucía**	**España**	**Cataluña**
- Porcentaje de personas por debajo del umbral de la pobreza (2005)	27,7%	19,8%	12,7%

Fuente: Encuesta de calidad de vida (2005), INE

Tabla 2. **Diferencias de Ingresos.**

Diferencias de ingresos (2004)	**Andalucía**	**España**	**Cataluña**
Bajos ingresos:			
- Porcentaje de hogares con rentas menores de 9000 euros al año	21,5%	18,3%	13,6%
Altos ingresos:			
- Porcentaje de hogares con rentas superiores a 25000 euros al año	25,8%	34,3%	41,7%
Renta media:			
- Renta media por hogar en miles de euros anuales	19,3	22,4	24,8
PIB per cápita:			
- PIB per capita sobre índice 100 nacional	73,7	100	119,3

Fuente: Encuesta de condiciones de vida en 2005, INE.

Tabla 3. **Diferencias en el mercado de trabajo.**

Diferencias en el mercado de trabajo	**Andalucía**	**España**	**Cataluña**
Actividad:			
- Tasa de actividad	55,3%	58,5%	62,3%
Desempleo:			
- Tasa de paro	12,2%	8,3%	6,7%
Trabajo precario:			
- Porcentaje de personas que han finalizado contrato en los últimos 12 meses porque ha finalizado su contrato temporal.	42,1%	33,4%	33,0%

Fuente: Encuesta de población activa (4º trim. 2006) INE.

Tabla 4. **Diferencias económicas en el hábitat.**

Diferencias económicas en el hábitat	Andalucía	España	Cataluña
- % de población que vive en municipios con renta familiar disponible por habitante menor de 10.200 euros	93,24%	37,49%	0%
- % de población que vive en municipios con renta familiar disponible por habitante menor de 8.300 euros	24,95%	7,71%	0%
- % de población que vive en municipios con renta familiar disponible por habitante mayor de 9.300 euros.	2,73%	62,31%	33%

Fuente: La Caixa (2005).

Tabla 5. **Diferencias educacionales.**

Diferencias educacionales	Andalucía	España	Cataluña
Nivel de educación:			
- Porcentaje de población adulta con educación superior	16,6%	21,8%	23,6%
- Estudiantes matriculados en Estudios universitarios (% s/ España=100) (2005-2006)	12,6	100	16,23
- Profesores por cada mil alumnos matriculados en enseñanza universitaria	69,0	74,5	95,7

Fuentes: Estadística de enseñanza universitaria (curso 04-05), INE. Avance de la estadística de la enseñanza universitaria (curso 05-06), INE

Tabla 6. **Superficie y propiedad de la tierra en Andalucía (Censo 1960).**

	Andalucía Oriental		**Andalucía Occidental**	
Hectáreas	% Superficie	% Nº de propietarios	% Superficie	% Nº de propietarios
- 1	**2,3**	**48,0**	0,8	36,8
1-5	**8,7**	**30,8**	4,6	35,8
5-10	**9,4**	**11,0**	4,0	10,4
10-50	26,3	7,7	17,1	11,1
50-100	10,7	1,3	0,9	2,4
100-500	26,0	1,0	**34,0**	**2,9**
500-1000	9,7	0,1	**16,6**	**0,4**
+ 1000	6,9	0,1	**22,0**	**0,2**

Fuente: José Cazorla (1965:357)

- **<u>SUBRAYADOS</u> del Capítulo 1.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *Las manifestaciones de la desigualdad en Andalucía han ido variando, en calidad y en cantidad, a lo largo de su historia, podemos decir que presentan tres características básicas. En primer lugar, que están claramente relacionadas con las diferencias existentes en el medio físico. En segundo lugar, el haber venido dándose desde hace siglos, es decir, su persistencia histórica. Finalmente, el aparecer tanto en épocas de esplendor económico como en las de crisis y deterioro.*

- Ni siquiera las políticas sociales y económicas más avanzadas y la extensión del Estado de Bienestar han podido reducir muy sustancialmente la desigualdad en Andalucía, como pone de relieve el que a primeros de los noventa del siglo XX el 10% de la población más rica acumulara el 25,26% de los ingresos y el 10% más pobre sólo el 2,54%.

- *... en los últimos veinticinco años del siglo XX, la pobreza ha seguido siendo una lacra de la sociedad andaluza. Si bien es verdad que ya no presenta los tintes dramáticos de otras épocas no deja de ser significativo que un 24,49% de su población estuviera por debajo del umbral de pobreza considerado como la obtención de un ingreso menor a la mitad del ingreso medio nacional. Incluso todavía en 2005 el porcentaje de hogares situados por debajo del umbral de pobreza en Andalucía era del 27,7%, frente a un 19,8% en el conjunto nacional, según la Encuesta de Calidad de Vida (2005) publicada por el INE.*

- Esa estructura de la propiedad y esa división de clases prácticamente se conservarían hasta el último cuarto del siglo XX, como demostró en su día el profesor José Cazorla (1965:357) al poner de relieve la estructura de la propiedad de las tierras andaluzas en 1960. En ese año el 0,6% de los propietarios poseía en Andalucía Occidental el 38,6% de las tierras y el 3,5% el 72,6%, mientras que el 72,6% de los propietarios sólo disfrutaba del 5,4% de la superficie. En Andalucía Oriental, la concentración era algo menor: el 2,2% de los propietarios poseía el 5,33% de las tierras, y el 78,8% el 11%.

- *Pero hay que tener en cuenta que el desarrollo del capitalismo en Andalucía ha venido acompañado de más desigualdad que en otros territorios debido a dos circunstancias importantes que se han reforzado mutuamente. Por un lado, resulta que el capitalismo se desarrolló en Andalucía bajo una alianza, económicamente hablando muy conservadora, entre la incipiente burguesía y la vieja oligarquía noble y terrateniente más dada al rentismo y a la regalía que al riego y a la innovación.*

- ... que la extensión de los patrones de mercado tienden siempre a reproducir la desigualdad de origen existente en un momento dado y que en Andalucía siempre fue muy elevada, como hemos podido comprobar. Para frenarla o paliarla es preciso que existan instituciones que compensen la acción del mercado, principalmente, a través de la intervención, de cualquier tipo que sea, del Estado. Es fácil comprobar que allí donde ésta última ha sido menor, dejando a su aire a las fuerzas del mercado, la desigualdad ha sido mayor.

- *El Estatuto recién aprobado con los avances que proyecta en materia de derechos sociales y que podrían considerarse como una expresión paradigmática de voluntad política de avance hacia el bienestar colectivo, serían no más que papel mojado si al mismo tiempo avanza la lógica hasta hoy imperante en la Unión Europea que tiende a la privatización de los servicios públicos (y, por tanto, a no garantizar su disfrute efectivo como derechos sociales). Son dos lógicas a la larga incompatibles y la resultante, de la que va a depender en suma la mayor o menor desigualdad que en el futuro se padezca en Andalucía, dependerá de la fuerza de los diferentes intereses sociales en juego.*

CAPÍTULO 2.

Los determinantes de la salud de la población y de las desigualdades sociales en salud.

Manuela Alvarez Girón
Carmen García-Gil
Ana Maria Solano Parés

Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.

"Los avances médicos pueden eventualmente prolongar la vida humana, pero las mejoras de las condiciones sociales pueden conseguir este resultado con mayores garantías de éxito y más rápidamente".

(Rudolf Virchow, 1821-1902).

1. Introducción.

Existe un amplio consenso en torno al hecho de que la salud de las poblaciones y de sus individuos tiene un claro y profundo origen social. Los grupos y las personas que ocupan las posiciones sociales más altas viven más tiempo y además gozan de mejor salud. Desde hace, al menos, 30 o 40 siglos es evidente que, por una parte, la salud tiene un claro componente físico, individualmente sentido, y que, por otra, la salud es diferente en los distintos grupos socioeconómicos, siendo los problemas de salud mucho más severos en los sectores más pobres de las poblaciones, lo cual aparece ya reflejado en el Papiro de Ebers, alrededor de 1500 a.C. (Nájera, 1990).

Muchos estudios (McKeown, 1976a, 1976b; Townsend y Davidson, 1982; McKinlay y McKinlay, 1977; Marmot, 1986; Marmot, Kogevinas y Elston, 1987; Rodríguez, 1988; Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España 1996; Marmot y Wilkinson, 1999; Raphael, 2006) han mostrado consistentemente que la salud (medida fundamentalmente a partir de la mortalidad) difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales. Estas importantes diferencias se explican en una parte destacada por factores que van más allá del acceso y uso que puedan tener dichos grupos del Sistema Sanitario.

Sin embargo, los cuantiosos recursos que gastamos en salud se dirigen fundamentalmente a producir y distribuir a toda la población una asistencia sanitaria considerada adecuada, basada en servicios médicos convencionales, como si su disponibilidad y uso constituyeran el determinante más importante. Si bien tienen un papel muy importante para aliviar sufrimientos, restaurar el funcionamiento de la persona y preservar la vida; el grado de disponibilidad de tales servicios no "puede ni empezar a explicar las diferencias de salud observadas entre distintas poblaciones" (Evans, 1996). De manera que no hay concordancia (Evans y Stoddart 1996, lo llaman **"abismo"**) entre lo que sabemos que influye en la salud de las poblaciones y el énfasis de las políticas de salud en la asistencia médica.

En la actualidad esa paradoja se está haciendo más evidente y estamos asistiendo a un resurgimiento del interés internacional por implementar políticas sanitarias basadas en modelos más coherentes con la realidad; no en vano, estamos, de la mano del neoliberalismo, en un momento histórico de crisis y de encrucijada, de pérdida de derechos humanos a nivel planetario, con un importante retroceso cultural, económico, social y político. El citado interés queda patente en la creación de la "Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud" por la Organización Mundial de la Salud en el 2005, y en el hecho de que en los últimos años se han elaborado diferentes modelos teóricos para interpretar la influencia que ejercen los determinantes sociales en el estado de salud y en las desigualdades en salud.

2. La visión aceptada ..... pero aplazada.

Raphael (2006) plantea, que si bien en muchos países europeos los factores "no médicos y no conductuales" de la salud y la enfermedad están siendo tenidos en cuenta en el desarrollo de políticas públicas; en cambio en países como Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda las políticas públicas y la investigación permanecen subordinada a la tradición médica y a los paradigmas de salud conductuales. Sin entrar a analizar cuanto de optimista es Raphael en relación

a la incorporación de estrategias sociales en las políticas de salud europeas, si podemos plantear que en muchos debates sobre las políticas sanitarias, se percibe poca (y a veces ninguna) preocupación por los datos existentes en cuanto a los determinantes sociales de la salud; todo lo más que se plantea es que son fundamentales y muy importantes pero que el Sistema Sanitario no *"puede"* entrar en ellos (Murray y Frenk, 2000). Desde una concepción muy simplista, y poco sustentada en los datos científicos, se considera que habría como "dos partes distintas" que afectan a la salud: por un lado, estarían las características sociales de los grupos y sus individuos, y, por la otra, la disponibilidad de los servicios médicos. El problema entonces radica en aclarar porqué los servicios médicos, que no es el determinante fundamental de la salud, se lleva casi todos los recursos.

Un paso esencial para explicar ese abismo es ser conscientes de que, por decirlo en palabras coloquiales, se hace poco caso de los hallazgos teóricos sobre los determinantes sociales de la salud; es como si estuvieran en un idioma que nadie entendiera. Pero, a la vez, nadie (o casi nadie) niega esos numerosos y concluyentes datos que relacionan la salud de los grupos e individuos con una variedad de situaciones, factores o características sociales, económicas y culturales. La política sanitaria no es nada sensible a esas relaciones causales; en contraste, si lo es, y mucho, a una posible contribución positiva para la salud de cualquier fármaco, equipamiento o maniobra diagnostico-terapéutica nuevos. La mera posibilidad de que alguien pudiera tener un cierto riesgo por la ausencia de los citados procedimientos médicos es ya de por sí un potente argumento político para suministrarlos. En cambio el hecho de haber personas sufriendo, y en algunos casos muriendo (en muchos casos si miramos a nivel internacional), como consecuencia de procesos no directamente relacionados con la asistencia médica no merece ni *"rechazo ni respuesta"* (Evans y Stoddart, 1996). La explicación dada bastantes veces para esto es que las evidencias científicas son mejores para el caso de las intervenciones médicas (derivadas de las ciencias naturales), que para el caso de los datos sobre los determinantes sociales (derivados muchas veces de las ciencias sociales); lo cual no tiene base científica, y a este respecto merece la pena recordar que muchas tecnologías sanitarias se han venido introduciendo (lo que se esta corrigiendo cada vez más) en ausencia de una buena evaluación de los efectos negativos y positivos.

3. Modelos en conflicto.

El problema fundamental es que para los datos relacionados con las acciones médicas tenemos un modelo, además bastante sencillo, en el que podemos situar dichos datos: el modelo mecanicista, en el que, dicho coloquialmente, el profesional repara o reemplaza la pieza rota o estropeada. Pero este modelo solo es capaz de encajar un tipo de datos (los físico-químicos), mientras que todos los demás (sociales, culturales, económicos….), aunque totalmente válidos, no caben en ningún sitio. Por ello, la explicación no es de calidad científica de los datos, sino del modelo teórico, incompleto, insuficiente y obsoleto, que persiste y manejan los políticos, gestores o profesionales; y que lleva ya décadas en crisis. En este sentido, creemos que no es posible manejar en salud dos modelos teóricos: uno para lo físico (el paradigma biomédico) y otro para lo social (modelo de determinantes sociales), como si fueran dos esferas independientes del ser humano; por ello, nos reiteramos y volvemos a plantear, una vez más, que es hoy (aunque se está sugiriendo hace ya muchos años) patente la necesidad de un cambio de paradigma, de una nueva teoría de la salud, lo

suficientemente compleja y global, en el que todos esos hallazgos antiguos y nuevos sobre los determinantes sociales de la salud puedan ser interpretados y, lo que es más importante, que sea útil para que dichos hallazgos sean considerados en términos de políticas de salud.

Decíamos en 2003 (Álvarez, García Gil y Solano), que si nuestra preocupación es la salud de las poblaciones (de todos), podemos decir, usando una terminología típicamente médica, que el problema de salud más importante que tenemos en las sociedades actuales es, precisamente, *"el mal estado de salud"* que presenta la teoría científica y, en definitiva, el paradigma con el que miramos la salud de las comunidades, que es la base de las acciones sanitarias que se realizan. La nueva teoría de la salud tiene que estar asentada en una ciencia para todos, una ciencia con una actitud de búsqueda constante, en sus raíces más profundas, de cómo y por qué se generan y/o mantienen los procesos de enfermar en las comunidades, y se expresan en los individuos de los distintos grupos sociales. En este sentido, aunque sea solo un breve comentario, es necesario ser conscientes, que las teorías no surgen aisladas del contexto sociopolítico; de modo que además del déficit teórico tenemos un déficit social: *¿es posible en nuestra sociedad abordar el tema de la salud de manera que beneficie a toda la población, y también a los grupos que la sociedad margina?.*

El tema de los determinantes de la salud de las poblaciones nos debe llevar al meollo de la problemática de salud que tienen planteadas actualmente las poblaciones, es decir al laberinto en que se ha convertido actualmente el tema de la salud. La ausencia de una teoría con mayor capacidad de aprehender la realidad de la salud de los seres humanos, nos explica esa incomprensible distancia entre lo que sabemos sobre los determinantes de la salud (que son sobre todo sociales, económicos, culturales) y la respuesta que damos para abordar los problemas de salud, políticas basadas casi totalmente en la atención bio-médica.

4. Crisis y limitaciones del paradigma biomédico.

4.1. La enfermedad amputada.

Para entender las claves del laberinto al que nos referimos tenemos que meditar sobre las bases de la teoría actual de la salud y plantear, otra vez, la crisis de la salud (Nájera y otros, 1989, 1992). La cuestión fundamental no es si el enfoque biomédico predomina en las ciencias de la salud, lo que apenas puede discutirse, sino las limitaciones de este modelo; tanto sus insuficiencias teóricas como los problemas prácticos que genera su aplicación, en la salud de la población.

Una de las limitaciones fundamentales de este modelo es la descontextualización social del enfermo, la cual se entronca con un tema clave: haber dotado a la enfermedad de entidad propia. La práctica hospitalaria de una medicina científica impone que en el hospital el enfermo sea descontextualizado, desarraigado de su grupo social, uniformado como simple materia prima –objeto, *"input"* del sistema-. La enfermedad se convierte en el protagonista de la escena –lo único no uniformado, y que podemos diferenciar- . Eliminados los aspectos sociales y estructurales que la generaron y estudiándola solo a través de la aplicación de los descubrimientos de la ciencia de la naturaleza, no es "raro" que la enfermedad sea definida, únicamente, en base a las disfunciones físicas y químicas que pueda haber (Stehbens 1985, Nordenfelt 1986). Ello impide o dificulta que la salud sea analizada como la resultante de las relaciones sociales; generando, a la vez, un estrechamiento en el análisis de lo

biológico y lo social, y lo que es más importante, una imposibilidad de integrar lo biológico en lo social. Entre los autores que debaten la falacia de esta conceptuación merece destacar a Rosenberg (1989), que señalaba como se genera una entidad mental sobre un acontecer biológico y como le dotamos de importantes propiedades sociales. Ahora bien, convertir el acontecer biológico en una entidad per se, sin su marco socio-cultural es una concepción tan simplista y parcial, que parece increíble que domine el saber médico. Cassel (1982) señala como se genera así una fácil desconexión entre las necesidades del que sufre y los fines de la medicina, no digamos ya la desconexión con las necesidades de la comunidad.

4.2. Salud y enfermedad crónica.

Otro punto clave de insuficiencia y limitación del modelo, se refiere al concepto de salud y su relación con la enfermedad crónica. La clásica idea de que la salud es la ausencia de enfermedad, implicaba que sabíamos que es la enfermedad y podíamos diferenciar y clasificar enfermedades; y evidenciaba que no disponíamos de un concepto de salud, distinto al de la negación de algo. Esta forma de ver la realidad, parece determinada, en gran parte, de la experiencia histórica de la segunda mitad del siglo XIX. El auge de la ciencia en este periodo fue aplicado a los problemas del momento, a saber, la gran epidemia de enfermedades infecciosas y trasmisibles que las condiciones de vida de la revolución industrial había generado en Europa. En esta coyuntura histórica, las personas están desnutridas y agotadas por las habituales condiciones de vida y trabajo padecidas desde la infancia, padecen reiteradas enfermedades infecciosas, a veces concomitantes, unas sobre otras, ya que la falta de saneamiento básico favorece la transmisión, y son abandonadas a su evolución natural –se trata de una población sin acceso a los servicios médicos-, y por tanto con sintomatología florida y niveles avanzados de evolución. Es esta circunstancia histórica la que presenta a un tipo de enfermo que evidencia a todas luces su falta de salud: desnutrido, deshidratado, con fiebre alta, postrado, muchas veces obnubilado y con gran probabilidad que el desenlace del proceso sea una muerte relativamente rápida y en la mayoría de los casos precoz. Parece por tanto lógico deducir de esta observación que la enfermedad elimina la salud y de ahí se concluye que la salud es la ausencia de enfermedad. Además, en la clase social en que se observan individuos sanos, estos raramente padecen estas enfermedades y sobre todo con esas características.

El problema es que este concepto de salud ha permanecido, y sin embargo, muchas de las enfermedades actuales no evidencian esa carencia de salud; convivimos con personas que si no nos revelan que están diagnosticadas de una enfermedad, no podríamos detectar ausencia de salud puesta de manifiesto en su vida cotidiana; es más, a veces observamos una ausencia de salud en personas que tras consultar al médico, no han sido diagnosticadas de ninguna enfermedad, o que factores psicológicos o sociales les mantienen alejados del tono vital y del ejercicio de una vida cotidiana que pudiéramos considerar sana. Estamos experimentando cotidianamente que existen personas con enfermedad y simultáneamente salud, mientras otras personas que han perdido la salud no logran un diagnóstico de enfermedad que justifique su estado.

Aplicando el concepto de salud clásico (ausencia de enfermedad), todas las personas que padecen alguna enfermedad o problema de salud crónico y degenerativo, quedan excluidas del grupo de los sanos, y por tanto del conjunto de expectativas, esperanzas,

proyectos, etc. que conllevan una vida con salud. Tengamos en cuenta al conjunto de jóvenes con secuelas por accidentes, diabéticos, alérgicos, seropositivos al VIH, entre otros que deben convivir durante toda su vida con tales problemas de salud; o los problemas osteoarticulares y degenerativos de todo tipo que deben incorporar durante muchos años de su vida las personas que envejecen. Se está planteando un doble mensaje: de un lado el diagnóstico otorga un estatus de enfermo que conceptualmente niega la salud, pero a la vez la sociedad exige la incorporación a la vida normal, la de los sanos, adaptándola a sus limitaciones.

5. La epidemiología y sus dilemas.

Es esencial clarificar cual debe ser el alcance y los fines de la epidemiología como ciencia. Las dos estrategias, o enfoques, que se plantean en la investigación epidemiológica: el enfoque de *"riesgo o individual"* y el enfoque *"colectivo, poblacional o de salud pública"* se han presentado a veces como dos posibles caminos, basados en dos diferentes formas científicas, pero que llegan al mismo sitio: mejorar la salud de la población; por lo que daría igual elegir una o la otra. Pero, por supuesto, no se llega al mismo sitio. El estudio en detalle de los factores específicos relacionados con enfermedades específicas, dependerá de que su individualización aporte elementos de utilidad social, debiéndose evitar cuando, por el contrario, desvía la atención o no hace sino aumentar las desigualdades sociales. Incluso, como planteaba Nájera (1988): *"esa investigación ... casi nunca será verdaderamente epidemiológica, ya que no deben confundirse las investigaciones sobre factores etiológicos a nivel de casos de enfermedad ... con la verdadera investigación epidemiológica de las interrelaciones que permiten o favorecen la presentación y/o persistencia de los problemas de salud en la comunidad o grupo social"*. Por esas mismas fechas, Castellanos (1988) decía: *"será necesario que la epidemiología recupere como espacio privilegiado de la investigación, la explicación de la situación de salud de grupos específicos de población y la evaluación de relaciones causales más complejas y menos lineales que las de causa-efecto (…) y contribuir así al desarrollo de servicios integrales para la promoción, defensa y restitución de la salud y a la elevación de las condiciones de vida"*.

Rose (1994) en su magnifico libro: *"La estrategia de la Medicina Preventiva"*, expresa con claridad el dilema actual, en cuanto a las consecuencias de los distintos enfoques o estrategias de la epidemiología, y por tanto, de la acción sanitaria preventiva. Así, refiriéndose a la estrategia poblacional, planteaba: *"Margaret Thatcher dijo que la sociedad no existe, que solo hay individuos y familias, y este punto de vista conformó sus actuaciones políticas. Pocos tienen el coraje de exponer su posición de manera tan explícita, pero muchos revelan por sus acciones que comparten estos puntos de vista. Los problemas de las minorías enfermas se consideran como si su existencia fuera independiente del resto de la sociedad. Los alcohólicos, los adictos a las drogas, los alborotadores, los vándalos y criminales, los obesos, los discapacitados, los enfermos mentales, los pobres, los que no tienen hogar, los parados y los hambrientos, ya sean próximos o del Tercer Mundo, son considerados como grupos problemáticos, diferentes y separados del resto de la sociedad"*. Esta posición exonera convenientemente a la mayoría de cualquier responsabilidad sobre los que se desvían, y el remedio puede consistir entonces en extender las acciones curativas hacia ellos o en darles servicios especiales. Esto es mucho menos exigente

que admitir una necesidad de cambio general o socio-económico.

Castellanos (1988) decía que *"un modelo asistencial organizado exclusivamente sobre estrategias de alto riesgo, encerraría enormes injusticias ..., en sociedades fuertemente estratificadas socialmente"*. En este sentido, a las preguntas que se hacía Wing (1998): *"Epidemiología, ¿para quién? Salud, ¿de quién?"*, respondía: *"epidemiología para proteger la salud económica de las empresas multinacionales, a expensas de la salud de la mayoría de la población y del ecosistema"*. Estudiando las enfermedades y las exposiciones específicas, los efectos globales del sistema político y económico no se ven nunca. Nuevos agentes (biológicos, químicos o físicos), potencialmente peligrosos para la salud, son introducidos por las industrias de manera más rápida de lo que pueden ser evaluados, por las investigaciones epidemiológicas.

Las intervenciones de salud pública centradas en las relaciones entre exposición a ciertos factores, no pueden hacer frente a los efectos más importantes, sobre la salud pública, de las industrias y de medidas políticas, sociales y económicas que son las que generan, en último término, que los individuos estén expuestos a los factores estudiados. Para Almeida Filho (1992) y Krieger (1994, 2001), la teoría epidemiológica que domina actualmente es bastante incapaz de comprender los graves problemas que tiene planteados, en la actualidad, la salud pública por lo que, en la práctica, fracasa en proteger la salud de la población. En el modelo experimental, cualquier cuestión sobre el contexto, tales como: *¿porqué algunos individuos y grupos están expuestos y otros no?, ¿de dónde viene la exposición?, ¿quién se beneficia de producir la exposición?,* es eliminada del diseño del estudio al carecer de interés científico. El foco no está en la industria, la economía, la polución o la pobreza, sino en los contaminantes, exposiciones y conductas; las cuestiones sobre el complejo contexto histórico, tienen un bajo estatus científico. Por ello, es totalmente pertinente la pregunta de Wing (1998) o la de Nájera (1988), una década antes, *¿de quién es mejorada la salud por la aproximación dominante de la epidemiología, con su énfasis en los individuos, las exposiciones específicas y las enfermedades específicas?*. La respuesta es: aquellos que tienen las mejores oportunidades para evitar sustancias peligrosas, situaciones estresantes, barrios inseguros y trabajos peligrosos. Todos sabemos que la mayoría de la población no goza de estas "características".

6. El estudio de las desigualdades: una necesidad social y científica.

La pretendida "coexistencia pacífica" de los dos enfoques de investigación epidemiológica, se ha trasladado a la de las dos posibles maneras de solucionar los problemas de salud: aquellos que creen que el modelo médico es suficiente para solucionar los problemas de salud; y aquellos que creen que hay que "añadir" además el modelo de determinantes sociales, para solucionar los aspectos sociales. En ambos casos, no se trata de un dilema para elegir entre uno de ellos; o todo lo más, completar las acciones médicas con acciones sociales. Creemos que hay que apostar por ir construyendo un marco teórico de referencia, lo suficientemente complejo y global, que nos permita solucionar los problemas de salud de las personas (de todas), desde el nivel más general al más particular.

También, cuando se abordan las desigualdades sociales ante la salud debemos distinguir dos maneras de plantearlo, que a veces se confunden o incluso se olvida la más esencial por la

más accesoria. Así cuando analicemos las diferencias de accesibilidad y uso de los servicios médicos de los distintos grupos de la población, deberíamos referirnos a desigualdades sociales ante los servicios sanitarios, y no a desigualdades sociales ante la salud (Nájera y Viciana, 1988).

El estudio de las desigualdades, además de una *"necesidad social"*, es, y de una manera fundamental, una clara *"necesidad científica"*; y es esta última necesidad la que se puede abordar de maneras muy distintas. Por una parte, el análisis de las desigualdades se está mayoritariamente, realizando desde la periferia del modelo médico con el objetivo de corregir las deficiencias de aplicación del propio modelo y conseguir que desaparezcan o disminuyan las desigualdades y las barreras sociales ante los servicios sanitarios. Las desigualdades sociales en salud serían únicamente "simples" deficiencias en la aplicación de las intervenciones del sistema sanitario en los diferentes grupos sociales. Sin embargo, el estudio de las desigualdades puede, y debe, plantearse desde su propio y más "científico" significado, en el sentido de que su análisis tiene como núcleo central de razonamiento la búsqueda de las raíces sociales de la salud y de los problemas que genera su pérdida. En este análisis tendríamos que debatir el papel fundamental de la estructura social y de las situaciones sociales específicas en la génesis de los problemas de salud y, por tanto, en las desigualdades sociales, frente al protagonismo secundario de las desigualdades frente a los servicios médicos.

Estamos en la actualidad, como ya decíamos, en una época de efervescencia en cuanto al desarrollo de distintos modelos que tratan el tema de los determinantes sociales con una gran amplitud de investigaciones sobre los mismos. No podemos detallar aquí todo lo conseguido hasta ahora; solo cabria hacer algunas consideraciones a la luz de la evolución en las últimas décadas y de las perspectivas futuras. A este respecto, en nuestro libro *"La salud en Andalucía. Entre el mercado y el derecho"* (Álvarez, García Gil y Solano, 2003) hacíamos un breve recorrido sobre los hallazgos más relevantes habidos en el pasado siglo, en el que se pueden intuir diversas fases de la preocupación sobre los determinantes, y que a modo de recordatorio aparecen muy resumidas en la Tabla 1.

Tabla 1. **Etapas y contextos en la Definición de Determinantes de la Salud**.

1900-1940	**Apogeo del paradigma biologicista.** Determinantes sociales se incluyen en propuestas de la Medicina como Ciencia Social.
1945-1970	**Expansionismo del modelo Biomédico.** Provisión de Servicios Médicos: Universalización y calidad de los servicios. Crecimiento económico: Estado de Bienestar. Determinantes sociales ocultos por entusiasmo expansionista del modelo biomédico. Mejora del estado de salud se imputa a servicios médicos y no a condiciones de vida.
1970-1985	**Crisis económica.** Interés por los aspectos sociales de la salud: importancia de los determinantes de la salud: Estudios de McKeown e Informe Black: Crisis del modelo biomédico y la salud.
1985-Actualidad	**Crisis del Estado de Bienestar y ofensiva neoconservadora (neoliberalismo).** Necesidad de una "mirada" social de la salud. Investigación sobre determinantes sociales de la salud: fase más explicativa. Desarrollo de modelos teóricos.

7. El estudio de los determinantes sociales.

Es necesario volver a traer a colación los dos grandes hitos que fueron los estudios de McKeown (McKeown y Lowe,1966; McKeown, 1976a, 1976b) y el Informe Black (Townsend y Davidson, 1982). Por una parte, sin ellos no se puede entender la situación actual en cuanto a la importancia teórica y política de los determinantes sociales de la salud de las poblaciones. En los años gloriosos del capitalismo o "pax keynesiana", como la llama Torres (2000), el tema de la salud no es más que el reflejo de esa época que forjó, *"un tipo de ciudadanos satisfecho con su destino y plenamente confiado en un estado de cosas que parecía garantizarle la satisfacción de todas sus necesidades"*. Había una situación de complacencia y de esplendor, que pretendía ocultar, sin conseguirlo totalmente, situaciones de desigualdades y de importantes carencias; ocultar, en definitiva, *"las sombras del bienestar"*. Las evidencias aportadas por los dos hitos, antes referidos, consiguen, al menos, empezar a ver detrás de las sombras.

En sus pioneras investigaciones, Thomas McKeown (McKeown y Lowe,1966; McKeown, 1976a, 1976b) mostró que la gran caída de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Inglaterra y Gales (de 1838 hasta casi 1970) no puede ser explicada, como se pretendía, casi exclusivamente por las intervenciones médicas y las medidas específicas de salud pública. El descenso de la mortalidad se realizó en gran medida antes del desarrollo de ninguna medida terapéutica efectiva. Lo que inició el declive de la mortalidad fueron elementos que estaban fuera del sistema sanitario, y

se asociaban con una mayor prosperidad de las poblaciones, resultado de los profundos cambios sociales que ocurrieron durante el periodo estudiado. El trabajo de McKeown, y de otros, como McKinlay y McKinlay (1977) en Estados Unidos, fueron una señal de salida de muchos otros estudios que pretendían seguir analizando la falacia sobre la que se había basado la política sanitaria habida desde la Segunda Guerra Mundial (en España más tarde). Para el caso de España y Andalucía, nuestro grupo de investigación, realizó, con la dirección del Dr. Nájera, una serie de investigaciones analizando lo ocurrido en nuestro país (Cortés, 1986; García Gil, 1986; Nieto, 1986; Rosado, 1986).

A su vez, las conclusiones del Informe Black (Townsend y Davidson, 1982), tuvieron un gran impacto social inmediato y posterior y constituyen un nuevo hito en la historia del estudio de las desigualdades sociales ante la salud, y por ende de los determinantes de la salud. Los datos no mostraron evidencia alguna de que la introducción del Servicio Nacional de Salud hubiera reducido el gradiente social en la mortalidad. Aunque los cuidados médicos contribuyeron a aliviar sufrimientos, y mejorar la salud y el bienestar, hubo factores socioeconómicos (salario, vivienda, educación, cultura, y dieta) que tuvieron mayor importancia, y fueron los que causaron, fundamentalmente, el gradiente de mortalidad entre las clases sociales.

8. Las enfermedades, ¿causas o consecuencias?.

Para el estudio de los determinantes de la salud seria adecuado trabajar considerando la enfermedad clínica en el individuo, como un síntoma, o una manifestación de un problema de salud (o enfermedad si nos dejan usar esa palabra) en la población; y no la causa última de la perdida de salud de un individuo y una colectividad. En el Informe Black se observaba que el gradiente de mortalidad, entre las clases sociales, se mantuvo (y aumentó) aunque los diagnósticos clínicos de mortalidad cambiaran radicalmente durante ese periodo. A principios del siglo XX las causas médicas de defunción más importantes eran las enfermedades transmisibles, al final del siglo las enfermedades cardíacas y los canceres; en ambos casos la mortalidad era más altas en las clases sociales más desfavorecidas. Las enfermedades clínicas cambian pero las diferencias sociales se mantienen, sugiriendo, como lo hicieron, posteriormente, otras investigaciones, como las de Marmot (1986) -incluso con datos muy diferentes- que existe "algo" subyacente relacionado con la posición social, o la jerarquía, y que se expresa a través de enfermedades concretas que van cambiando y adecuándose a las distintas circunstancias históricas. El estudio de este autor fue muy novedoso, siguiendo a más de 10000 funcionarios británicos de distintas categorías durante casi 20 años. Observó un gradiente claramente evidente de mortalidad (observable en muchas causas médicas de defunción) desde la cúspide al fondo de la jerarquía y cuya explicación va más allá de las causas habituales: pobreza y grandes privaciones. Uno de los puntos de mayor interés de este estudio, consistió en centrarse en las diferencias entre grupos que pertenecían a las clases medias del país; en ninguno de ellos se podía decir que hubiera pobreza o graves privaciones materiales; ni las diferencias en la atención médica recibida eran importantes. Pero tampoco se explicaba el citado gradiente de mortalidad por los llamados *"factores de riesgo individuales"*. En efecto, las personas pertenecientes a las categorías inferiores del funcionariado tenían más

riesgo de enfermedades cardiacas, aunque se controlara el efecto de factores de riesgo tan relevantes como tabaco, colesterol y tensión arterial.

Como muy bien recuerda Evans (1996), tanto en el estudio de Marmot, como en otros (Informe Black, por ejemplo), se identifican dos ideas muy importantes: por un lado la existencia persistente de un gradiente social de la mortalidad y por otro que las patologías concretas que ocasionan la muerte las deberíamos contemplar como *"vías o mecanismos alternativos"* para producir dicha muerte, en lugar de *"causas"*; es decir una enfermedad clínica concreta (que en ocasiones acaba en muerte) sería una de las posibles vías de expresión de las condiciones socioeconómicas de un individuo o grupo, en vez de la *"causa"* de dicha muerte.

Los problemas de salud son creados en el ambiente social y son expresados como disfunciones físicas o mentales, que nosotros etiquetamos como enfermedades clínicas. Esta idea se puede apreciar, claramente, en situaciones extremas como una guerra, en el que las muertes que se producen están causadas por el conflicto bélico, pero las distintas situaciones de riesgo que genera dicho conflicto se vehiculan a través de distintas patologías físicas (traumatismos craneales, hemorragias, fracturas, insuficiencia cardiaca…). Sin embargo nos cuesta más *"trabajo"* asumir esta idea en condiciones *"más normales"*; y así los canceres o las enfermedades infecciosas, por ejemplo, no se ven como el resultado de situaciones que también se vehiculan a través de unos determinados daños físicos. La idea de la enfermedad como vía o expresión y no como la causa de la perdida de la salud es diametralmente distinta a la que maneja el paradigma dominante en la actualidad, en el que la enfermedad clínica es el origen de todos los males y en el que, en la búsqueda de los porqué, es decir de los determinantes, se va, todo lo más, a los hechos más inmediatos que han originado fisiológicamente esa alteración; así por ejemplo en el caso de las situaciones de guerra, los traumatismos serían *"causados"*, por ejemplo, por una bala o por la caída de algún objeto contundente; y en el caso de las enfermedades transmisibles, y utilizando el mismo punto de vista simplista, "la enfermedad X es causada por el agente infeccioso Y".

9. Determinantes de la salud, tirar del hilo. Lo biológico y lo social.

Tan evidente es que la salud (y su deterioro o pérdida) tiene un claro componente de funcionamiento físico, como que es (aunque muchas veces se olvide o se oculte), además de un producto social un concepto social en si mismo. Por ello para el desarrollo de un modelo social que sirva de base a una nueva teoría de la salud, es importante discutir como se está planteando *"lo social"* en salud. Pero en esta discusión, no debemos presentar lo físico y lo social como contrapuestos, y quedarnos a esperar, o apostar por cuál de estas dos visiones del ser humano va a ganar, como si se tratara de una competición (García Gil y Solano, 1993).

Si aceptamos que la enfermedad es solo una alteración físico-química en el individuo, debemos reconocer que hasta ahora se le ha dado mucha más importancia a estudiar y a resolver físicamente esa alteración, y, en cambio, poca a analizar los aspectos sociales relacionados también con el "*por qué"* se produce. Durante los últimos años se ha puesto un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas alrededor de la práctica sanitaria; sin embargo no es paradójico decir que uno de los rasgos estructurales del modelo

médico actual es, precisamente, la no inclusión de lo social en su teoría de conocimiento. No debemos confundir la simple discusión sobre *"lo social"*, con su incorporación real al entendimiento de la salud y, por consiguiente, su necesaria inclusión en la acción sanitaria. Incluso en los intentos que aparecen más novedosos de acción intersectorial, como es el caso de la promoción de la salud, en muchas ocasiones, los otros sectores no sanitarios colaboran a partir de las indicaciones dadas desde el sector salud (o médico si somos más estrictos en el lenguaje), que sigue siendo el protagonista principal ya que de él emana –según la posición dominante- el conocimiento acerca de lo qué es necesario hacer.

No podemos aceptar que las soluciones físico-químicas son igualmente adecuadas para todos los individuos que sufren las "mismas" alteraciones. El hecho de que, por ejemplo, el tratamiento médico de una enfermedad como la tuberculosis no resuelva el problema de dicha enfermedad en grupos de población con malas condiciones de vida, está poniendo en evidencia que los individuos no son iguales y que si en algunos la enfermedad puede explicarse –y solucionarse-, fundamentalmente, a partir de cierta alteración física, ello no debe llevar a considerar que no intervienen (en la explicación teórica y por tanto en la posible solución) otros factores *"consustanciales"* a dichos individuos. Creemos que no hay que recordar que los individuos a los que nos estamos refiriendo, pertenecen a clases privilegiadas, que son una minoría en muchas sociedades. Los problemas del hacinamiento, la falta de higiene o la desnutrición en estos individuos con condiciones de vida aceptables no es, en su caso, una explicación fundamental que contribuya a resolver el problema, pero sí lo puede ser en otros. No tener en cuenta esos factores lleva (o mejor dicho ha llevado ya) a homogeneizar en todos los individuos los problemas físicos, como si ocurrieran *"en el vacío"*; o tal vez sería mejor decir como si ocurrieran en las circunstancias sociales en las que viven las clases sociales más favorecidas.

Es cierto (incluso obvio, por lo que no tratamos de negarlo, sino resituarlo) que actúan factores físicos, químicos y biológicos en la génesis de las enfermedades, pero es necesario (*"preciso y precioso"* decía Enrique Nájera) entender en que circunstancias sociales es posible esa relación directa del individuo con dichos factores, y sobre todo, si esas circunstancias son más relevantes que los factores en sí. El problema es que la concepción biologicista se ha desarrollado y ha rendido *"homenaje"* a los individuos de las clases dominantes, en los que al no ser tan graves esas circunstancias, han podido y pueden protegerse por el conocimiento obtenido por la ciencia biomédica sobre riesgos y soluciones enmarcadas en el campo de lo físico, químico o biológico. Un ejercicio práctico de todo esto es pensar que implicaciones tiene –en términos de salud- una "vulgar" diarrea para un individuo rico y para uno pobre, aunque ambos tengan el mismo tratamiento médico.

El tratamiento médico convencional contra ciertas enfermedades diarreicas en un país con graves deterioros en su red de saneamiento básico no impide que sus habitantes sigan consumiendo agua contaminada con heces, *¿es eso salud, aunque no progrese la diarrea?, ¿qué capacidad de vida con calidad, con capacidad de salud, tienen aquellas personas "salvadas" teóricamente de padecimientos endémicos y, por tanto, enraizados en su desarrollo o falta de desarrollo?*. La visión de que la tecnología biomédica será la solución

definitiva para muchos de los problemas de salud más prevalentes en el mundo ha desplazado la búsqueda de soluciones en el ámbito de lo económico, lo social y lo político, convirtiéndose en uno de los soportes ideológicos de una *"nueva salud pública"* (Anne Emanuelle-Birn, 2005).

Una pregunta que nos debemos hacer aquellos que trabajamos y/o estamos preocupados en los determinantes de la salud, es hasta donde estamos dispuestos a llegar cuando hablamos de determinantes sociales. Raphael (2006) pone el dedo en la llaga, cuando dice que *"es un lugar común entre los investigadores en la salud poblacional, que la salud de los individuos y las poblaciones, está fuertemente influenciada por determinantes sociales; pero es menos común para estos investigadores que la calidad de estos determinantes sociales está influenciada por la organización de las sociedades y cómo estas distribuyen los recursos materiales entre sus miembros"*; para acabar planteando que *"es todavía menos común para dichos investigadores considerar las fuerzas políticas, económicas y sociales que configuran las prácticas organizativas y distributivas de las sociedades"*.

En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida de los individuos que componen una comunidad se seguirán manteniendo importantes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto del enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas.

9. Bibliografía.

1. Almeida FN (1992). Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX nº 28, Washington D.C.

2. Alvarez M, García Gil C, Solano A (2003). La salud en Andalucía. Entre el mercado y el derecho. Ed. Mergablum, Sevilla.

3. Birn AE (2005). Gates's grandest challenge: transcending technology as public health ideology. The Lancet, 366: 514–19.

4. Cassel EJ (1982). The nature of suffering and goals of Medicine. N Eng J Med, 306: 639-45.

5. Castellanos PL (1988). La Epidemiología y la Organización de Servicios de Salud, en Organización Panamericana de la Salud (eds): La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud, Publicación Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 88, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

6. Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España, (1996): Desigualdades Sociales en Salud en España, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

7. Cortes M (1986). Análisis epidemiológico de la mortalidad materna en España. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.

8. Evans RG (1996). Introducción. En Evans RG; Barer ML y Marmor TR (eds): ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Ed. Díaz de Santos, Madrid.

9. Evans RG, Stoddart GL (1996). Producir salud, consumir asistencia sanitaria, en Evans RG; Barer ML y Marmor TR (eds): ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Ed. Díaz de Santos, Madrid.

10. García Gil C (1986). Análisis epidemiológico de la mortalidad infantil en España durante el siglo XX, Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.

11. García Gil C, Solano A (1993). Salud y desigualdad social. Editorial. Med Clin (Barc); 100: 296-98.

12. Krieger N (1994). Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?. Soc Sci Med, 7; (39): 887-903.

13. Krieger N (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidem, 30:668-77.

14. McKeown T (1976a). The role of medicine: dream, miracle, or nemesis?. The Nuffield Provincial Hospitals Trusts (tr. al castellano en El Papel de la Medicina: ¿Sueño, espejismo o némesis?. México, Siglo XXI Editores, 1982).

15. McKeown T (1976b). The modern rise of population. Edward Arnold Publishers (tr. al castellano en El crecimiento moderno de la población. Barcelona, Antoni Bosch, editor, 1978).

16. McKeown T, Lowe CR (1966). An introduction to Social Medicine, Oxford, Blackwell Scientific Publications.

17. McKinlay JB, Mckinlay SM (1977). The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the

United States in the twentieth century. Milbank Quarterly, 55:405-28.

18. Marmot MG (1986). Social Inequalities in Mortality: The Social Environment, en Wilkinson, R.G. (ed): Class and Health: Research and Longitudinal Date, London, Tavistock Publications, pags.. 21-33.

19. Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA (1987). Social/Economic Status and Disease. Ann Rev Public Health, 8: 111-35.

20. Marmot M, Wilkinson RG (1999). Social Determinants of Health, New York, Oxford University Press.

21. Murray CJL, Frenk J (2000). A framework for assessing the performance of health systems, Bulletin of the World Health Organization, 78: 717-31.

22. Nájera E (1988). Investigación y desarrollo profesional, en Organización Panamericana de la Salud (eds): La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud, Publicación Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 88, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

23. Nájera E (1990). El enfoque epidemiológico en la formulación de políticas de salud. Ponencia. Primer Congreso Chileno de Epidemiología, Grupo para el Desarrollo de investigación en Salud.

24. Nájera E, Cortés M, García Gil C (1989). La reorientación del sistema sanitario. Necesidad de un enfoque epidemiológico, Revisiones en Salud Pública, 1:15-30.

25. Nájera E y otros (1992). La salud pública, una teoría para una práctica. ¿Se precisa su reconstrucción?, en Organización Panamericana de la salud (eds): La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate, Publicación Científica, nº 540, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

26. Nájera E, Viciana F (1988). Desigualdades en salud en España. II Reunión de Ciudades Sanas en la Comunidad Valenciana (mimeografiado).

27. Nieto A (1986). Análisis epidemiológico de la mortalidad por tuberculosis en España durante el siglo XX, Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.

28. Nordenfelt L (1986). Health and disease: two philosophical perspectives, J Epidemiol Community Health, 41: 281-84.

29. Raphael D (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and futures directions, Int J Health Serv, 36: 651-67.

30. Rodríguez JA (1988). Desigualdades Sanitarias en España (I y II), El Médico, 22-enero, pp. 40-48 y 29-enero, pp. 56-60.

31. Rosado M (1986). Análisis epidemiológico de la mortalidad por neumonías en España durante el siglo XX, Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.

32. Rose G (1994). La Estrategia de la Medicina Preventiva, Barcelona, Masson-Salvat Medicina.

33. Rosenberg CE (1989). Disease in history: Frames and Framers, The Milbank Quarterly, 67:1-5.

34. Stehbens WE (1985). The concept of cause in disease, J Chron Dis, 38: 947-50.

35. Torres J (2000). Desigualdad y crisis económica. El reparto de la tarta, Madrid, Editorial Sistema, 2ª Edición.

36. Townsend P, Davidson N. (Eds.) (1982). Inequalities in Health: The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth.

37. Wing S (1998). Whose epidemiology, whose health?. Int J Health Serv, 28:241-52.

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 2.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *Creemos que no es posible manejar en salud dos modelos teóricos: uno para lo físico (el paradigma biomédico) y otro para lo social (modelo de determinantes sociales), como si fueran dos esferas independientes del ser humano; por ello, nos reiteramos y volvemos a plantear, una vez más, que es hoy (aunque se está sugiriendo hace ya muchos años) patente la necesidad de un cambio de paradigma, de una nueva teoría de la salud, lo suficientemente compleja y global, en el que todos esos hallazgos sobre los determinantes sociales de la salud puedan ser interpretados y, lo que es más importante, que sea útil para que dichos hallazgos sean considerados en términos de políticas de salud.*

- La teoría epidemiológica que domina actualmente es bastante incapaz de comprender los graves problemas que tiene planteados la salud pública por lo que, en la práctica, fracasa en proteger la salud de la población. En el modelo experimental, cualquier cuestión sobre el contexto, tales como: ¿porqué algunos individuos y grupos están expuestos y otros no?, ¿de dónde viene la exposición?, ¿quién se beneficia de producir la exposición?, es eliminada del diseño del estudio al carecer de interés científico. El foco no está en la industria, la economía, la polución o la pobreza, sino en los contaminantes, exposiciones y conductas; las cuestiones sobre el complejo contexto histórico, tienen un bajo estatus científico.

- *¿De quién es mejorada la salud por la aproximación dominante de la epidemiología, con su énfasis en los individuos, las exposiciones específicas y las enfermedades específicas?. La respuesta es: de aquellos que tienen las mejores oportunidades para evitar sustancias peligrosas, situaciones estresantes, barrios inseguros y trabajos peligrosos.*

- Para algunos las desigualdades sociales en salud serían únicamente "simples" deficiencias de aplicación de las medidas del sistema sanitario en los diferentes grupos sociales. Sin embargo, el estudio de las desigualdades puede, y debe, plantearse desde su propio y más "científico" significado, en el sentido de que su análisis tiene como núcleo central de razonamiento la búsqueda de las raíces sociales de la salud y de los problemas que genera su pérdida. En este análisis tendríamos que debatir el papel fundamental de la estructura social y de las situaciones sociales específicas en la génesis de los problemas de salud y, por tanto, en las desigualdades sociales, frente al protagonismo secundario de las desigualdades frente a los servicios médicos.

- *Los datos del Informe Black (Townsend y Davidson, 1982) no mostraron evidencia alguna de que la introducción del Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido hubiera reducido el gradiente social en la mortalidad. Aunque los cuidados médicos contribuyeron a aliviar sufrimientos, y mejorar la salud y el bienestar, hubo factores socioeconómicos (salario, vivienda, educación, cultura, y dieta) que tuvieron mayor importancia, y fueron los que causaron, fundamentalmente, el gradiente de mortalidad entre las clases sociales.*

- La visión de que la tecnología biomédica será la solución definitiva para muchos de los problemas de salud más prevalentes en el mundo ha desplazado la búsqueda de soluciones en el ámbito de lo económico, lo social y lo político, convirtiéndose en uno de los soportes ideológicos de una "nueva salud pública" En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida de los individuos que componen una comunidad se seguirán manteniendo importantes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto del enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas.

CAPÍTULO 3.

Andalucía y España. Desigualdades en la Esperanza de Vida.

Francisco Viciana Fernández
Miguel Ruiz Ramos
Antonio Escolar Pujolar

"Las condiciones y recursos fundamentales para la salud son paz, vivienda, educación, ingresos, alimentos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. La mejora de la salud requiere unos sólidos cimientos de estos prerrequisitos básicos"

(Carta de Ottawa, 1986.)

1. Introducción.

La duración de la vida o longevidad varía ampliamente entre los individuos de una determinada población según sea el sexo y sus circunstancias socioeconómicas. La esperanza de vida es el indicador más utilizado para evaluar la longevidad media de una población. Su comparación entre países y regiones constituye un ejercicio muy frecuente para la identificación de desigualdades en salud. Europa, Norteamérica y otros países de la llamada área económica occidental realizaron en el pasado siglo importantes transformaciones socioeconómicas que coincidieron con el más espectacular crecimiento histórico de la longevidad de sus poblaciones. La esperanza de vida prácticamente se duplicó en poco más de cien años. Las mejoras en las condiciones de vida, la desaparición de las crisis de desabastecimiento de bienes básicos como alimento, vestido o vivienda; las mejoras culturales y educativas; los cambios en los estilos y formas de vida por ellas favorecidas; el control sanitario ambiental y los progresos en la tecnología y la cobertura sanitaria, son los principales responsables de este crecimiento[1].

A finales del siglo XX la esperanza de vida al nacer superaba ampliamente los 70 años de vida en todos los países del área económica occidental, mientras que a principios del mismo, en muchos de ellos no llegaba a los 40. Estas ganancias no han sido sincrónicas entre estos países y con relación a otros de los llamados en vía de desarrollo, lo que ha ocasionado que las desigualdades en la esperanza de vida entre países hayan crecido en la segunda mitad del siglo XX. También están bien documentadas las desigualdades en longevidad dentro de los países, tanto entre las diversas regiones que los componen, como entre los grupos y clases sociales que los constituyen.

España y Andalucía no fueron ajenas a estos cambios, aunque con diferencias temporales y de intensidad en los mismos que lógicamente provocan que el indicador que analizamos se comporte de diferente forma [1,2,3].

La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas nacidas en un año concreto, si en el futuro no cambian las tasas de mortalidad observadas en un determinado año. Por ejemplo decir que la esperanza de vida al nacer del año 2005 en los hombres andaluces era de 76 años, significa que como media un niño nacido en dicho año viviría estos años, si la mortalidad observada ese mismo año se mantuviera constante. En realidad no es posible predecir con exactitud cual será la mortalidad en los años venideros, lo que constituye una de las limitaciones de este indicador. Otra limitación es que nos mide la duración media de la vida, pero no cuál será nuestro estado de salud al alcanzar esas edades, ya que con el envejecimiento de la población se acentúa la prevalencia de trastornos crónicos y aumenta la probabilidad de sufrir alguna discapacidad. Para evitar en lo posible esta última limitación disponemos de un grupo de indicadores que en conjunto denominamos *"esperanza de vida en buena salud"*[4,5], dentro del cual se encuentra la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD).

En el presente capítulo presentaremos las evidencias que demuestran la existencia de desigualdades, y su evolución, de Andalucía respecto a España y del resto de las Comunidades Autónomas (CCAA), tanto respecto a la esperanza de vida al nacer (EVN), como a la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD).

2. Material y métodos.

2.1. Esperanza de Vida.

Los cálculos de la esperanza de vida realizados para Andalucía desde principios de siglo corresponden a los realizados en tres trabajos: desde principio del siglo XX hasta 1970[2], desde 1970 a 1999[6] y del 1992 hasta 2005[7], los tres se han realizado con metodologías compatibles, que permiten disponer de un indicador comparable a lo largo de todo el periodo 1908-2005. En los tres trabajos a España se le han sustraído las defunciones y poblaciones de Andalucía, por lo tanto vamos a comparar a Andalucía con el resto de España. Se han calculado pues tablas anuales de mortalidad del resto España y de Andalucía. En cada uno de los ámbitos geográficos se han obtenido tablas para poblaciones de hombres y mujeres por separado. Las defunciones empleadas necesarias para el cálculo de las tablas se han obtenido como promedio de las cifras por edad registradas en las estadísticas oficiales de mortalidad de cada dos años consecutivos, el de referencia y el anterior. Las poblaciones que se han empleado corresponden a las estimaciones intercensales e interpadronales correspondientes. Las estimaciones de la Esperanza de Vida al Nacer realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) año a año para el periodo 1992-2005[8], correspondientes al total nacional y de cada una de las CCAA, se han utilizado para situar a Andalucía en el contexto no solo de España sino del resto de CCAA. El estudio de la evolución de la EVN en Andalucía y España en el periodo 1908 hasta 2005 se ha completado con la evolución de la desigualdad entre ambos ámbitos en el mismo periodo.

Para el periodo 1910-2001 se ha calculado mediante el método de Pollard[9] el peso atribuible que las diferencias en mortalidad en los diversos grupos de edad han tenido en las desigualdades en la EVN de Andalucía respecto a España. Este método determina cuál es el efecto del cambio de la estructura de la mortalidad por edades sobre las diferencias de la EVN de dos poblaciones.

2.2. Esperanza de vida libre de discapacidad.

Para el cálculo se ha seguido el método propuesto por Sullivan[10] y recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Para ello se han construido las tablas de vida abreviadas para los hombres y las mujeres de Andalucía y España del año 1999[11], y a partir de ellas se han obtenido los supervivientes de cada edad y el número de años vividos del total de la cohorte teórica de 100.000 personas durante los intervalos de edad utilizados. Se han calculado las tasas de prevalencia de discapacidades de cada grupo de edad dividiendo el número de personas con alguna discapacidad en cada grupo de edad por su correspondiente población, y se le ha aplicado a los años vividos en cada grupo de edad y sexo mediante el producto de 1 menos la tasa de discapacidades, es decir, la tasa sin discapacidades. Finalmente, se ha obtenido la Esperanza de Vida a diferentes edades y la EVLD. Esta última mide el número medio de años sin discapacidad que esperaría vivir una persona, en Andalucía y España en las diferentes edades cumplidas, si se mantuviesen la intensidad de mortalidad y las prevalencias de discapacidad por edad para estos ámbitos geográficos del año 1999. Además, se han calculado las expectativas de discapacidad (ED), el número medio de años que se espera sean vividos con discapacidad, restando a la Esperanza de Vida la EVLD, y el porcentaje de la Esperanza de Vida vivido

sin discapacidades como el cociente de la EVLD y la EV (EVLD/EV).

Los datos sobre discapacidades para cada grupo de edad y sexo de Andalucía y España proceden de los publicados por la última Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) del INE[12], realizada durante el segundo trimestre de 1999. Esta encuesta consideró como discapacidad *«toda limitación grave que se padezca en la actualidad, que afecte de forma duradera a la actividad del que la padece (es decir, que el tiempo que se lleva padeciendo y se espera padecer en el futuro sea superior a 1 año) y que tengan su origen en una deficiencia»*. Incluye una lista de 36 ítems que se compone de limitaciones sensoriales, cognitivas, de percepción y de movilidad así como de discapacidades para las actividades de la vida diaria. En los menores de 6 años se recogen las posibles limitaciones futuras como consecuencia del estado de salud actual.

Las defunciones se han obtenido de las publicaciones de Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes al Movimiento Natural de la Población del año 1999 para Andalucía y España[13]. Los datos de la población de Andalucía y España se han obtenido de las estimaciones intercensales de población del INE[14]. Los grupos de edad que se han empleado han sido grupos quinquenales hasta los 85 años y más.

3. Resultados.

En Andalucía la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) ha pasado en hombres de 39,00 años en 1908 a 75,60 años en 2005, y en mujeres de 41,93 años a 82,14 años. Para el resto de España la EVN era superior a la de Andalucía en 1,48 años en 1908 y 1,59 años en 2005 en mujeres, mientras en los hombres la desigualdad era respectivamente de 2,11 años y 1,61 años. En este mismo periodo (Gráfico 1) a pesar del gran aumento en la EVN de Andalucía tanto en hombres como en mujeres, no se ha producido una convergencia con el resto de España, por el contrario se detecta un cambio negativo en la evolución de la desigualdad desde finales de la década de 1960, estabilizandose en la década de 1980 y mitad de los 90. Desde finales de los 90 hasta 2005 se incrementa de nuevo la desigualdad, sobre todo en las mujeres. En el gráfico 2 se muestra la evolución de la Esperanza de Vida a los 65 años (ev65), observándose un crecimiento de la brecha de longevidad desde de finales de los 60 y de forma notable especialmente entre las mujeres.

En los gráficos 3 y 4 se representa la posición de Andalucía, España y el resto de CCAA respecto a la EVN en el periodo 1992-2005 en hombres y mujeres. Navarra en hombres con 78,46 años y Cantabria en mujeres con 84,64 años, son las CCAA que en 2005 presentaban la mayor EVN. La desigualdad de Andalucía respecto a estas dos CCAA era de 2,86 años menos EVN en hombres y de 2,43 años menos EVN en mujeres. A lo largo de todo el periodo Andalucía ha permanecido junto con Asturias y Canarias en la últimas posiciones en la EVN.

La gráfica 5 permite comprobar la evolución del peso atribuible a cada grupo de edad en la magnitud de la desigualdad en EVN de Andalucía respecto a España. Es significativo el cambio de patrón en la evolución de estás diferencias. A principio de siglo las desigualdades en EVN en Andalucia eran fundamental por la sobremortalidad andaluza de los mas jóvenes, en ambos sexos, y por la mortalidad en edades reproductivas en el caso de la mujeres. Si obviamos el brutal cambio de tendencia que supuso la guerra y la posguerra, las desigualdades debidas a la edades jóvenes tiende a desaparece en los años 60s, momento en que se obtiene la máxima

convergencia en EVN. Sin embargo durante los 70s aparece un nuevo patrón de desigualdad, de modo que a partir de las últimas décadas del pasado siglo es la mayor mortalidad de los andaluces de 60 y más años, tanto en hombres como en mujeres, la que contribuye de forma más destacada en la desigualdad comentada. Sólo los grupos de 1-14, y de 15-39 aportan un diferencial positivo respecto a España.

En España, en 1999, la EVLD, fue de 68,3 y 72,0 años para hombres y mujeres, mientras en Andalucía fue de 66,0 de 69,0 años respectivamente. Respecto al resto de Comunidades Autónomas, en mujeres Andalucía ocupa junto con Murcia y Ceuta-Melilla y Murcia en hombres, las últimas posiciones, con diferencias respecto a La Rioja (la mejor situada) de 7,76 años menos en mujeres y 5,59 años menos en hombres) (Tabla 1) (Gráfico 6).

El porcentaje de esperanza de vida vivido sin discapacidades es una medida relativa de buena salud (Tabla 1). En España, al nacimiento era de 91,1% en los hombres y de un 87,7% en las mujeres, que se reduce con la edad hasta llegar a un 40,8% y un 34,3% a los 85 años, respectivamente, para hombres y mujeres. La expectativa de discapacidad fue de 6,7 años para los hombres y de 10,1 años para las mujeres, disminuyendo con la edad, de manera que a los 85 años fue de 2,9 años para los hombres y de 3,8 años para las mujeres. En Andalucía este indicador, al igual que en España, disminuyó a medida que aumentó la edad, pasando del 89,3% para los hombres y del 85,2% para las mujeres al nacer, al 33,4% para los hombres y al 22,3% para las mujeres a los 85 años. Los hombres en todos los grupos de edad tenían porcentajes de EVLD mayores que las mujeres y una menor expectativa de discapacidad, tanto en España como en Andalucía.

En la tabla 1 se muestran además las expectativas de discapacidad para España, Andalucía y el resto de CCAA. En España fue de 6,7 años para los hombres y de 10,1 años para las mujeres y en Andalucía de 7,9 y de 12,0 años respectivamente.

En el gráfico 7 se presentan las desigualdades en la EVLD según la edad en hombres y mujeres entre Andalucía y España. Las mayores desigualdades se encontraron en las mujeres al nacer, con hasta 3 años menos de EVLD en Andalucía que en España, que se mantuvieron altas hasta los 50 años. En los hombres fueron menores que en las mujeres y se concentraron entre los 0-35 años de edad. Tanto en mujeres como en hombres, en España y Andalucía las desigualdades se redujeron con la edad.

4. Discusión.

A principios del siglo XX, en Andalucía la muerte era aún un suceso cotidiano, la ordenación natural de la edad al morir, que los padres mueren antes que sus hijos, ha sido una conquista relativamente reciente. El espectacular aumento de la longevidad de la población andaluza en el siglo XX no ha seguido un recorrido muy diferente al de otros países y regiones de su entorno: un aumento continuo de la esperanza de vida sólo interrumpida por ocasionales crisis militares o socio-económicas. Durante este periodo, la esperanza de vida prácticamente se duplico, habiendose ganado cerca de cuarenta años de vida más por persona, un ritmo de crecimiento cercano al medio año de vida por año calendario. El importante crecimiento de la longevidad a lo largo del siglo pasado ha permitido recuperar el atraso histórico con respecto al resto de países europeos, llegándose incluso en los últimos años a superar a muchos de los países que tradicionalmente encabezan la clasificación de mayor longevidad, de

manera que, en la actualidad el modelo de mortalidad existente en Andalucía es muy similar a cualquier otra región de la Unión Europea [1].

Este crecimiento de la longevidad durante el siglo XX ha estado dominado por un número relativamente reducido de claves. En la primera mitad del siglo se produce fundamentalmente a expensas de la reducción de la mortalidad de niños e infantes. En los años cincuenta, a la vez que sigue descendiendo la mortalidad de los más jóvenes, se producen importantes mejoras en la mortalidad de los adultos jóvenes, lo que redunda en un crecimiento elevado de la esperanza de vida. En los años sesenta disminuye el ritmo al que crece este indicador al reducirse los progresos de la mortalidad infantil y juvenil. En las décadas subsiguientes se vuelve a producir un significativo crecimiento de la longevidad de los andaluces. Esta vez las ganancias más altas se producen por el descenso de la mortalidad de las edades más avanzadas, sobre todo en los mayores de 60 años y en mayor medida en las mujeres (IEA, 1999)[3]. Durante las últimas décadas del siglo XX, la mortalidad infantil ha continuado descendiendo, habiéndose reducido hasta una cuarta parte, desde unos valores que en 1975 se encontraban entorno a 20 fallecidos por cada 1.000 nacimientos hasta unos valores muy bajos, entorno al 5 por mil. En los hombres jóvenes, por el contrario, durante los años ochenta y la primera mitad de los noventa, se produjo un crecimiento significativo de la mortalidad que en gran parte, estuvo relacionado con la epidemia de SIDA y con un pico de la epidemia de accidentes de tráfico. Ambas causas afectaron especialmente a este colectivo, lo que produjo una clara inversión de la tendencia descendente que se había observado hasta estos años. La sobremortalidad de los jóvenes en torno a 1990, afecta más a los hombres que a las mujeres, cuya mortalidad no llega claramente a aumentar pero sí se enlentece la mejora de años anteriores[15]. En los últimos años se está produciendo una clara remisión de esta alta mortalidad, aunque los niveles de mortalidad de los jóvenes aún presentan valores más elevados de los que existían a principios de los ochenta[1].

La esperanza de vida en Andalucía, evoluciona a lo largo del siglo XX siguiendo una trayectoria paralela a la de España, pero con niveles generalmente más bajos. En esta trayectoria, las dos zonas han mantenido periodos de mayor o menor convergencia. Si no tenemos en cuenta los periodos de grandes crisis, la trayectoria de la esperanza de vida de Andalucía ha seguido con mayor o menor retraso las mejoras en los niveles de esperanza de vida que previamente se han ido produciendo en España[1]. Este hecho es coherente con la hipótesis de la existencia de una relación entre desarrollo y niveles de mortalidad[16]. Históricamente el desarrollo retrasado de Andalucía con respecto a España, una región periférica con menores niveles de renta, de urbanización y de educación, es con toda probabilidad el determinante profundo de estas desigualdades. Según esta hipótesis, si desaparecen las desigualdades en los niveles de desarrollo las relativas a la longevidad también deberían tender a desaparecer, tal y como prevé el clásico modelo de Lewis[17] tras un periodo de concentración inicial del crecimiento, este se difunde del centro a la periferia y a largo plazo la convergencia debería estar asegurada. Sin embargo la evolución del diferencial o brecha de la longevidad de Andalucia, es más compleja de lo que el modelo de Lewis prevé.

La desigualdad en la esperanza de vida al nacer entre España y Andalucía era de 0,9 y 0,6 años en 1977 para los hombres y mujeres respectivamente y de 0,8 y 0,9 años en 1990, de 1,03 y 1,27 en el 2000-2001 y de 1,36 y 1,37 en 2004-2005. En estos casi 30 años, esta

desigualdad no sólo se ha mantenido sino que incluso ha aumentado. La brecha ha aumentado porque en España la mortalidad de los mayores, especialmente las mujeres, ha descendido durante todo el periodo a mayor ritmo de lo que lo ha hecho en Andalucía. En el caso de los hombres, la brecha no ha crecido tanto, ya que el aumento de la mortalidad en los jóvenes españoles ha sido más intenso que en los andaluces, por lo que el enlentecimiento de la mejora de la esperanza de vida en España ha sido mayor que Andalucía, hecho que ha favorecido una ligera disminución de las desigualdades[1].

Estas desigualdades de Andalucía respecto a España son fundamentalmente consecuencia de la mayor mortalidad de los andaluces en los grupos de edad más avanzados, a partir de los 60 años, de manera más marcada en las mujeres y causada por una menor mortalidad en España por enfermedades cardio-vasculares, y resto de causas en ambos sexos y cáncer en los hombres, pero no en las mujeres[1]. Por el contrario, la mortalidad de los menores de 40 años es más baja en Andalucía que en el resto de España[1]. Las razones del mantenimiento, e incluso incremento en el caso de la mujeres, de la brecha en longevidad de Andalucía esta en relación con la aparición de una nueva fase de importante descenso de la mortalidad en los países desarrollados desde finales de los años sesenta[18]. Esta nueva situación llamada por algunos autores como 4ª etapa de la transición epidemiológica[19], marcó el inicio de un nuevo ciclo de crecimiento de la longevidad que arranca más intensamente en el resto de España que en Andalucía y que a lo largo de las últimas décadas continúa acelerando, con lo cual no sólo se mantiene la ventaja inicial del resto de España, sino que incluso se incrementa. Este paradójico incremento de la brecha en longevidad, coincidiendo con una etapa de importante convergencia en indicadores socio-económicos, puede estar en gran parte determinado por un importante componente longitudinal de la mortalidad por el largo periodo de latencia de las enfermedades crónicas que dominan en las edades más avanzadas[1]. Así pues, el origen de este diferencia estaría temporalmente determinado por el diferencial en las condiciones de vida prevalentes a mediado de siglo pasado que habrían deteriorado fuertemente las condiciones de salud, así como su capital o sus niveles de educación, de las generaciones de andaluces que hoy tienen más de 60 años y que se expresaría en nuestros días por una sobremortalidad de estas generaciones.

La hipótesis de que la brecha en longevidad actual de Andalucía es un producto del pasado, algo similar a la denominada deuda histórica, se apoya en el hecho de que afecta principalmente a las generaciones más ancianas, que son las que tienen su salud más deteriorada, medida por ejemplo en discapacidad, y cuyos niveles de educación, renta o capital son claramente inferiores al del resto de España. En estas causas profundas estarían el origen de estas desigualdades.

El hecho de que las causas profundas de la brecha actual pudieran estar localizadas medio siglo en el pasado, no significa que no sean susceptibles de intervenciones correctoras. Un contraejemplo de la importancia de los determinantes actuales en la corrección de brechas de longevidad, lo tenemos en el caso de la reunificación de las dos Alemanias en la última década del siglo pasado[20]. Desde finales de los 50 hasta la caída del muro de Berlín, la esperanza de vida aumento significativamente en la Alemania Occidental, pero se estanco prácticamente en la Oriental, ocasionado una brecha de longevidad que fue máxima el año de la reunificación. Desde este momento se produjo una fuerte convergencia de la longevidad de manera

que en muy pocos años esta brecha casi ha desaparecido. En esta línea es planteable atribuir también esta brecha a la falta de políticas correctoras concretas, al déficit de las políticas sociales desarrolladas en Andalucía, especialmente en el campo de los cuidados socio-sanitarios dirigidos a este grupo de población anciana, más vulnerable que la del resto de España, (residencias asistidas, centros de día, atención domiciliaria,..), sin poder descartar posibles problemas de accesibilidad a la atención de las principales patologías crónicas prestada por los servicios sanitarios públicos de Andalucía. Al depender el aumento futuro de la esperanza de vida sobre todo de la reducción de la incidencia de la mortalidad en edades avanzadas[21], es fundamental definir e implementar intervenciones efectivas y equitativas en las políticas socio sanitarias dirigidas a este grupo de población y particularmente en las mujeres.

Las desigualdades respecto a España no se circunscriben a la longevidad, se extienden a la calidad de vida con la que viven los andaluces, medida mediante la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. Los indicadores de la calidad de vida apuntan a que los andaluces, tanto en los hombres como las mujeres, viven en peor estado de salud que la media del Estado español[22,23]. Son especialmente preocupantes las tasas de prevalencia de discapacidades en la población andaluza a partir de los 65 años, en particular en las mujeres, tanto por sus valores elevados como por afectar a un sector de población cada vez más numeroso[23]. Aunque las mujeres tienen una mayor longevidad a todas las edades tienen una peor calidad de vida que los hombres, tanto en Andalucía como en España. Así los porcentajes de esperanza de vida vividos sin discapacidades, que es el indicador que mejor discrimina las desigualdades en las diferentes edades, es siempre mayor en los hombres que en las mujeres, de lo que se puede deducir que la mayor esperanza de vida de las mujeres se realiza a costa de años vividos con mala salud, tanto en Andalucía como en el resto del Estado. Una mayor EV no significa necesariamente un mayor nivel de salud. Varios autores, desde el campo de la salud pública[24], han cuestionado una estrategia exclusiva de mejorar la longevidad de la población, si esa mejora implica un crecimiento de la morbilidad o de sufrimientos, es decir, una reducción de la calidad de vida de la población[25]. Por ese motivo los indicadores de esperanza de vida libre de incapacidad son un buen complemento a los indicadores clásicos de mortalidad para monitorizar la salud de la población, de forma que sería necesario poder disponer de series de datos de discapacidad con una mayor periodicidad y comparables que permitieran el cálculo continuado de este indicador.

Los últimos datos publicados por el INE sobre evolución de la EVN en el periodo 1992-2005 en España y Andalucía[8] ponen de nuevo de manifiesto un incremento de la desigualdad, tanto en hombres como en mujeres. Una futura convergencia dependerá tanto de que Andalucía logre mejorar el ritmo de descenso en la mortalidad general, y muy especialmente entre los mayores, o bien por la mayor desaceleración de la mejora en expectativa de vida que pudiera ocurrir en el resto de España. Una adecuada actuación en políticas correctoras necesita una identificación precisa de las causas de la divergencia en la Esperanza de Vida de Andalucía respecto a España.

5. Bibliografía.

1. Viciana Fernández F, Hernández Rodríguez JA, Canto Casasola VD, Ávila Garzón AI (2003). Longevidad y calidad de vida en Andalucía. Serie Calidad de Vida. Instituto de Estadística de Andalucía. Sevilla.

2. Viciana Fernández F. La transición demográfica y sanitaria en Andalucía (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla, 1996.
[http://epidemos.net/tesis/index.html]

3. Instituto de Estadística de Andalucía. Un siglo de demografía en Andalucía: la población desde 1900. 1999, Sevilla.

4. Van de Water HP, Perenboom RJ, Boshuizen HC. Policy relevance of health expectancy indicador; an inventory in European Union countries. Health Policy 1996;36:117-29.

5. Gispert R, Ritchie K, Rajmil L, Rué M, Glutting JP, Roset M. Mental health expectancy: an indicator to bridge the gap between clinical and public health perspectives of population mental health. Acta Psychiatr Scand 1998;98:182-6.

6. Viciana F. Mortalidad. En: Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Instituto Nacional de Estadística. 2007, Madrid.

7. Instituto Nacional de Estadística. Metodología empleada en el cálculo de las tablas de mortalidad de la población de España 1992-2005. Madrid.
[Consulta: 20 enero 2008].
[http://www.ine.es/daco/daco42/mortalidad/metodo_9205.pdf]

8. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Mortalidad: Esperanza de vida al nacimiento. Total nacional y comunidades autónomas. [Consulta 12/01/2008]. http://www1.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=7&L=0

9. Pollard J. Causes de décès et espérance de vie: quelques comparaisons internationales en Meseure et analyse de la mortalité,. Travaux et Document, Cahier 119. PUF, 1988, Paris.

10. Bebbington AC. The expectation of life without disability in England and Wales. Soc Sci Med. 1988;27:321-6.

11. Chiang C L. The life table and its applications. Malabar: Robert E. Krieger Publishing Co., 1984.

12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999: metodología. 2001, Madrid.

13. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población Española. Defunciones según la causa de muerte. Tomo III. Año 1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2000.

14. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1 abril de 1986.

15. Ruiz-Ramos M, Blanes Llorens A, Viciana-Fernández F (1997). Mortalidad en los jóvenes y su impacto en la esperanza de vida en Andalucía en 1989-1992. Rev Esp Salud Publica. 1997; 71(2):139-48.

16. Kunitz SJ, Engerman SL "The Ranks of Death: Secular Trends in Income and Mortality" Health Transition Rev. 1992;2:29-43.

17. Lewis WA “The theory of Economic Growth" Homewood, Illinois 1955.

18. Vallin J, Meslé F. Convergences and divergences in mortality: A new approach of health transition Demographic Research, Special Collection 2, Article 2, 2004.

19. Olshansky SJ, Ault B . The Fourth Stage ofthe Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases. Milbank Mem Fund Q.. 1986;64:355-91.

20. Luy M. Mortality differences between Western and Eastern Germany before and after Reunification: a macro and micro level analysis of developments and responsible factors. Genus 2004; 3-4: 99-141.

21. Hernández Rodríguez JA. Evolución futura de la población. En: Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Instituto Nacional de Estadística. 2007, Madrid.

22. Ruiz-Ramos M, Viciana-Fernández F. Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. Gac Sanit 2004;18:260-7.

23. Gispert R, Ruíz-Ramos M, Arán Barés M, Viciana F, Clot-Razquin G. Diferencias en la esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y Comunidades Autónomas en España. Rev Esp Salud Pública 2007; 81: 155-65.

24. Freis J . Aging, natural death and the compression of the morbidity. N Engl J Med, 1980; 303: 130-35.

25. Robine JM, Ritchie K. Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health. BMJ 1991; 302:457-60.

Gráfico 1. **Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) y de la Desigualdad en la EVN. Andalucía - Resto de España, 1908-2005.**

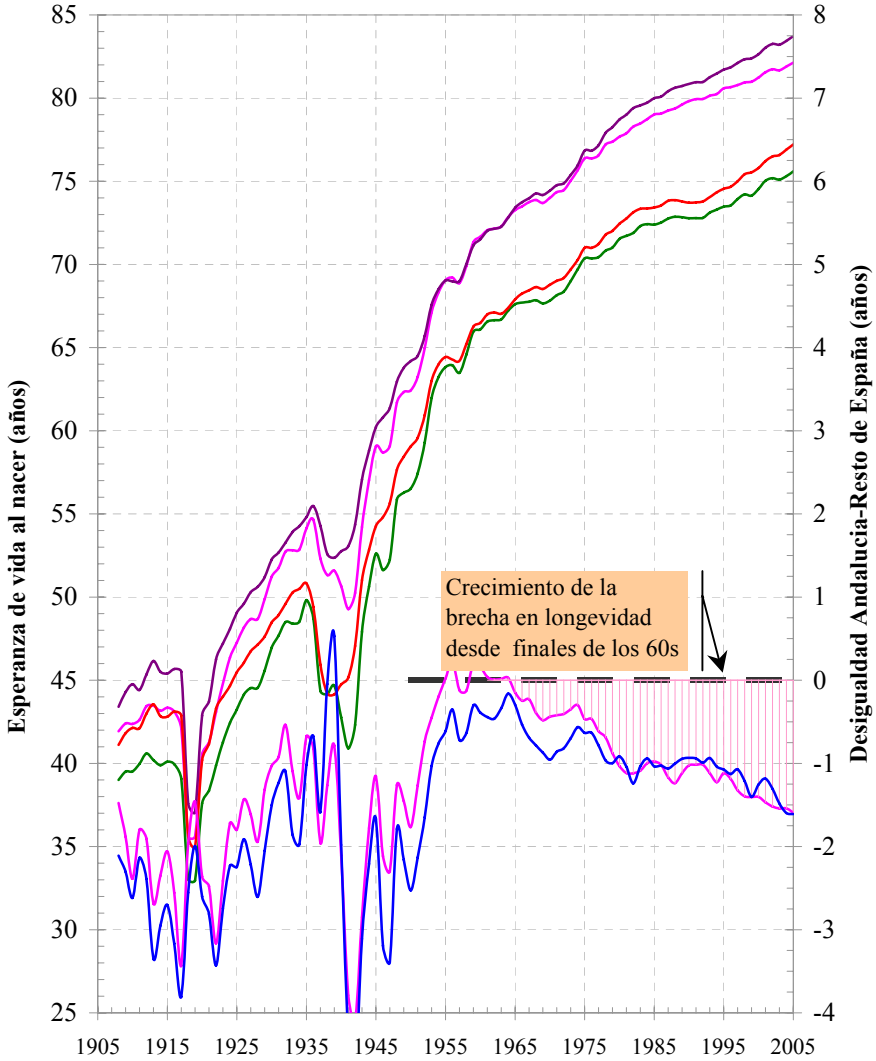


Gráfico 2. **Evolución de la Esperanza de Vida a los 65 años (ev65) y de la Desigualdad en la ev65. Andalucía - Resto de España 1908-2005.**

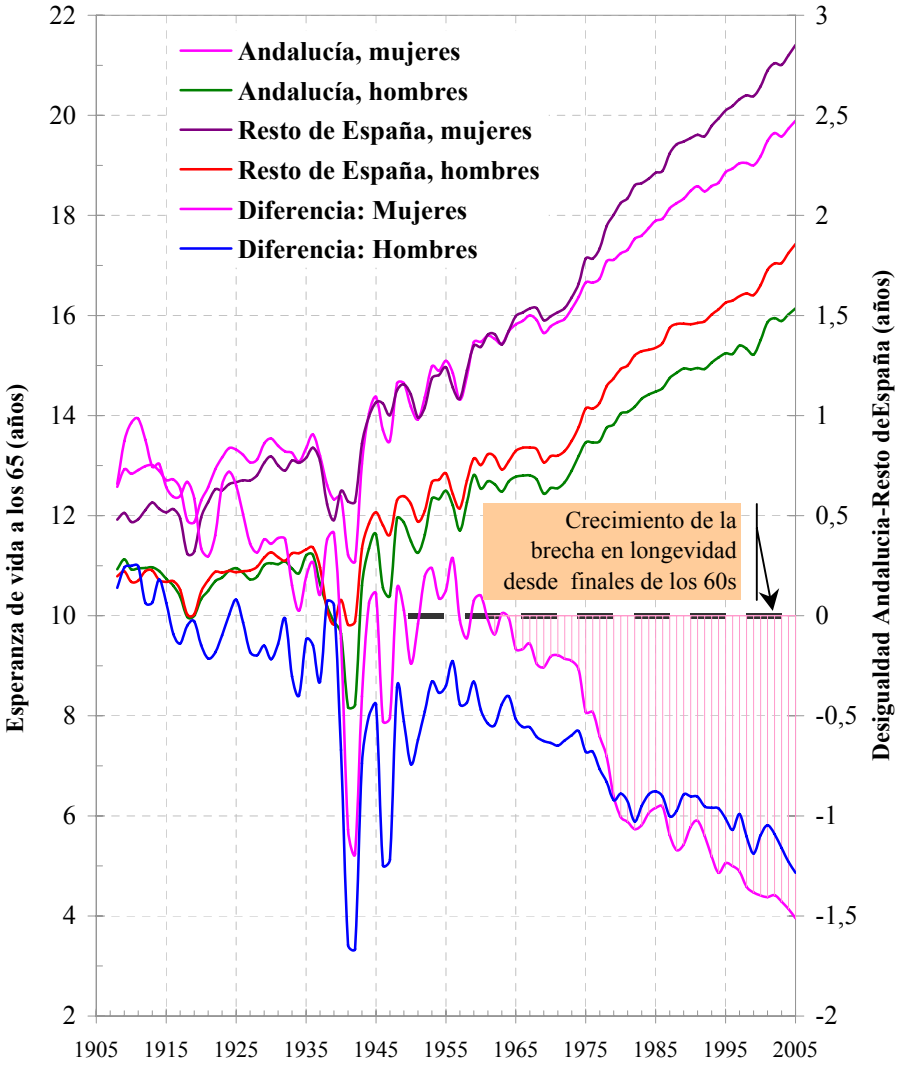


Gráfico 3. **Evolución en la Esperanza de Vida al Nacer. España-Andalucia y resto de Comunidades Autónomas. 1992-2005. Hombres.**

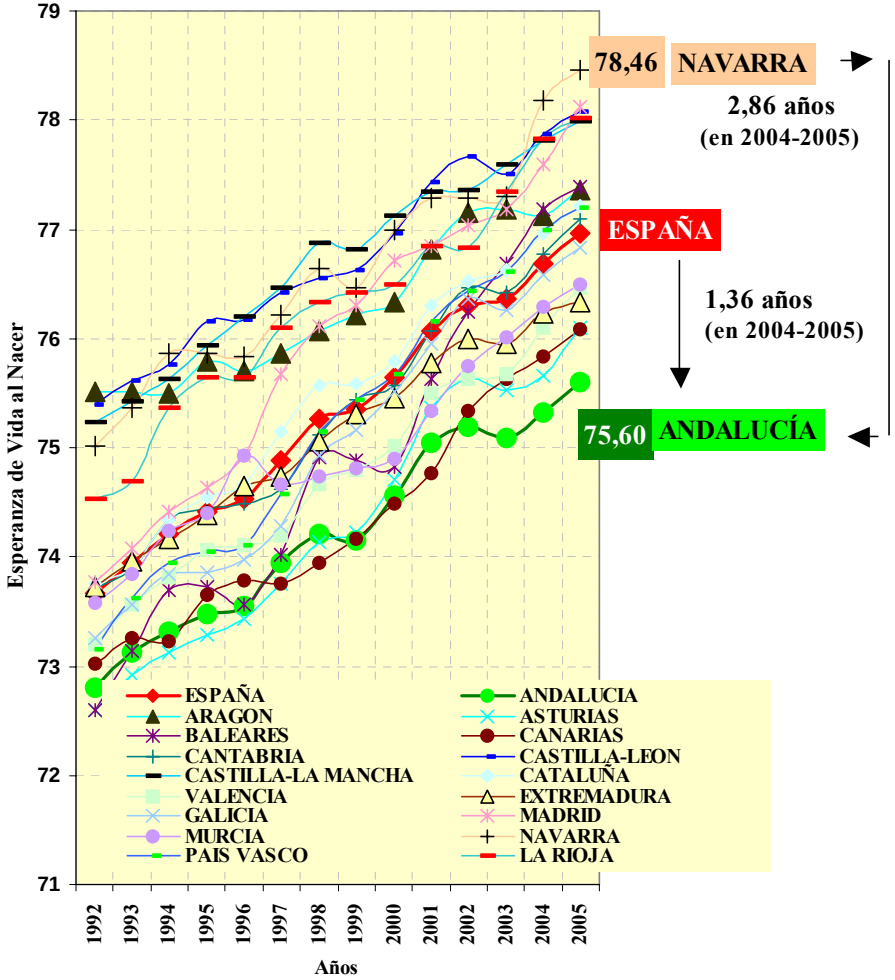


Gráfico 4. **Evolución en la Esperanza de Vida al Nacer. España-Andalucia y resto de Comunidades Autónomas. 1992-2005. Mujeres.**

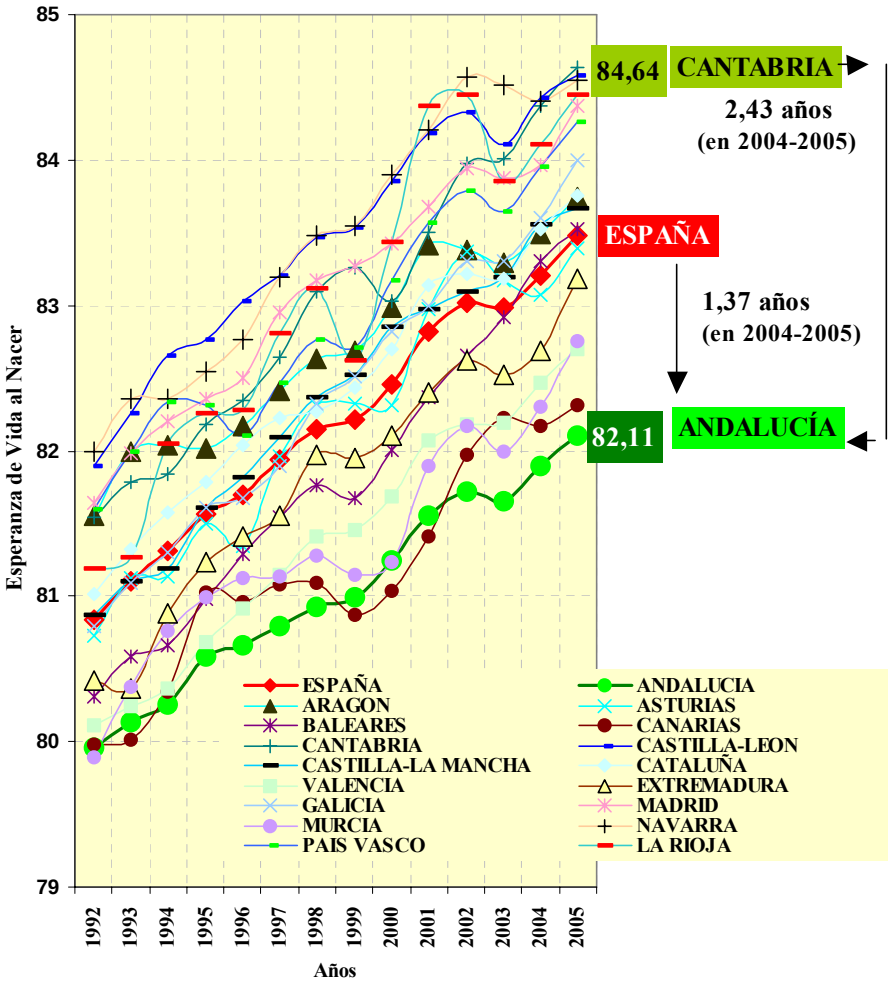


Gráfico 5. **Desigualdad en la Esperanza de Vida al Nacer entre España y Andalucía. Peso atribuible a cada grupo de edad, 1910-2001.**

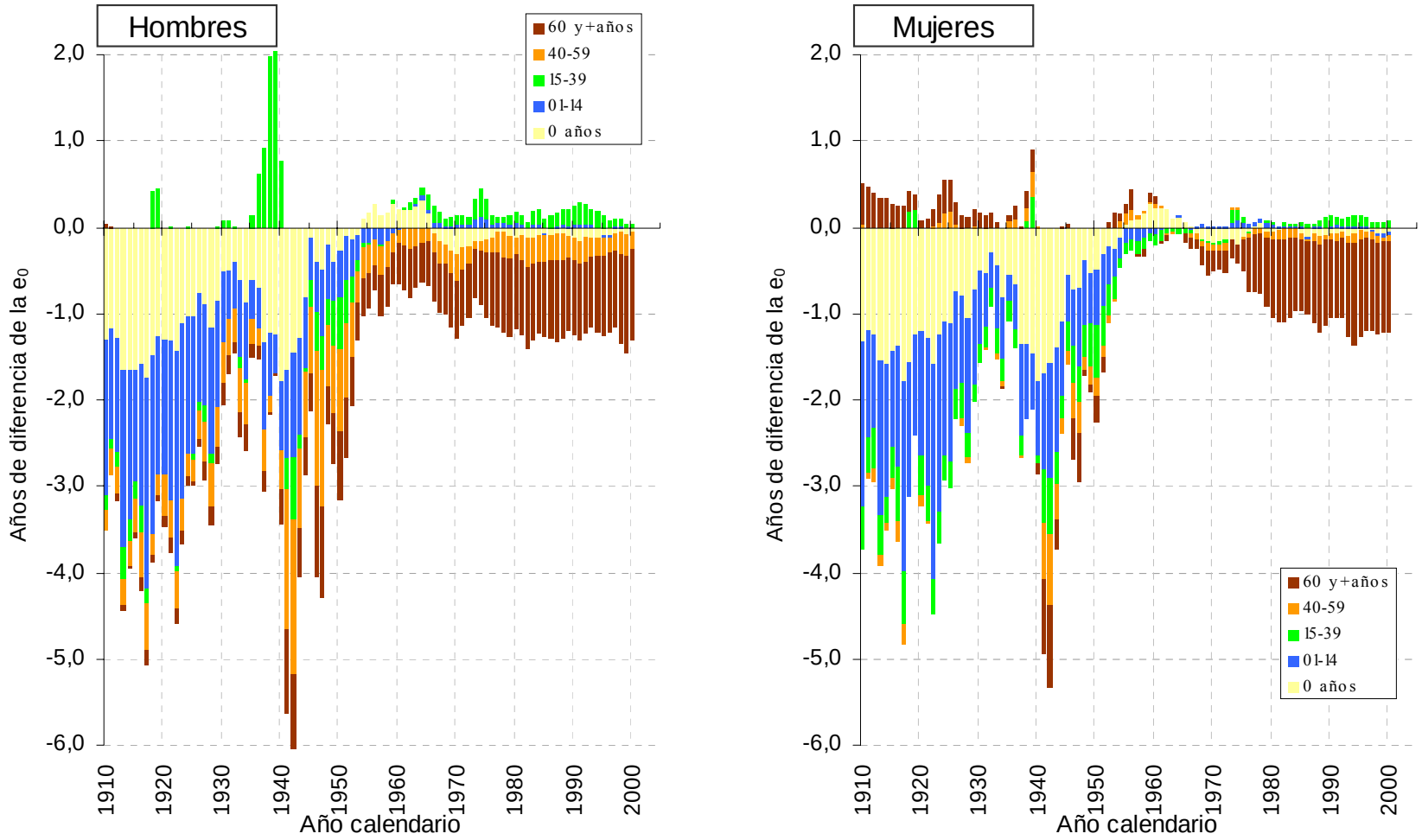


Tabla 1. **Esperanza de Vida Libre de Discapacidad por Comunidades Autonómas. España 1999.**

	Hombres			Mujeres		
CCAA	**EVLD**	**% ***	**ED¨**	**EVLD**	**%**	**ED**
Andalucía	**66.07**	**89.30**	**7.92**	**68.97**	**85.17**	**12.01**
Aragón	70.19	92.25	5.90	74.57	90.19	8.11
Asturias	67.06	90.70	6.88	73.79	89.85	8.34
Baleares	68.16	91.54	6.30	73.54	90.28	7.92
Canarias	68.48	92.30	5.71	72.27	89.01	8.92
Cantabria	68.58	91.12	6.68	73.19	88.04	9.94
Castilla-La Mancha	69.38	90.48	7.30	71.95	87.31	10.46
Castilla-León	68.69	89.57	8.00	72.07	85.93	11.80
Cataluña	68.64	90.83	6.93	72.01	87.21	10.56
Extremadura	68.45	90.93	6.83	71.39	86.89	10.77
Galicia	67.89	90.36	7.24	72.35	87.65	10.19
Madrid	71.07	92.94	5.40	74.71	89.16	9.08
Murcia	66.06	88.72	8.40	68.82	85.10	12.05
Navarra	69.95	91.64	6.38	74.96	89.61	8.69
País Vasco	70.14	93.14	5.17	74.25	89.76	8.47
Rioja	71.66	94.39	4.26	76.73	93.12	5.67
Valencia	68.81	92.18	5.84	72.01	88.45	9.40
Ceuta-Melilla	67.87	91.03	6.69	67.73	83.47	13.34
España	**68.52**	**91.01**	**6.77**	**72.21**	**87.73**	**10.10**

* %=(EV/EVLD)*100 ¨ED= expectativa de discapacidad

Gráfico 6. **Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. Comunidades Autónomas. España. 1999.**

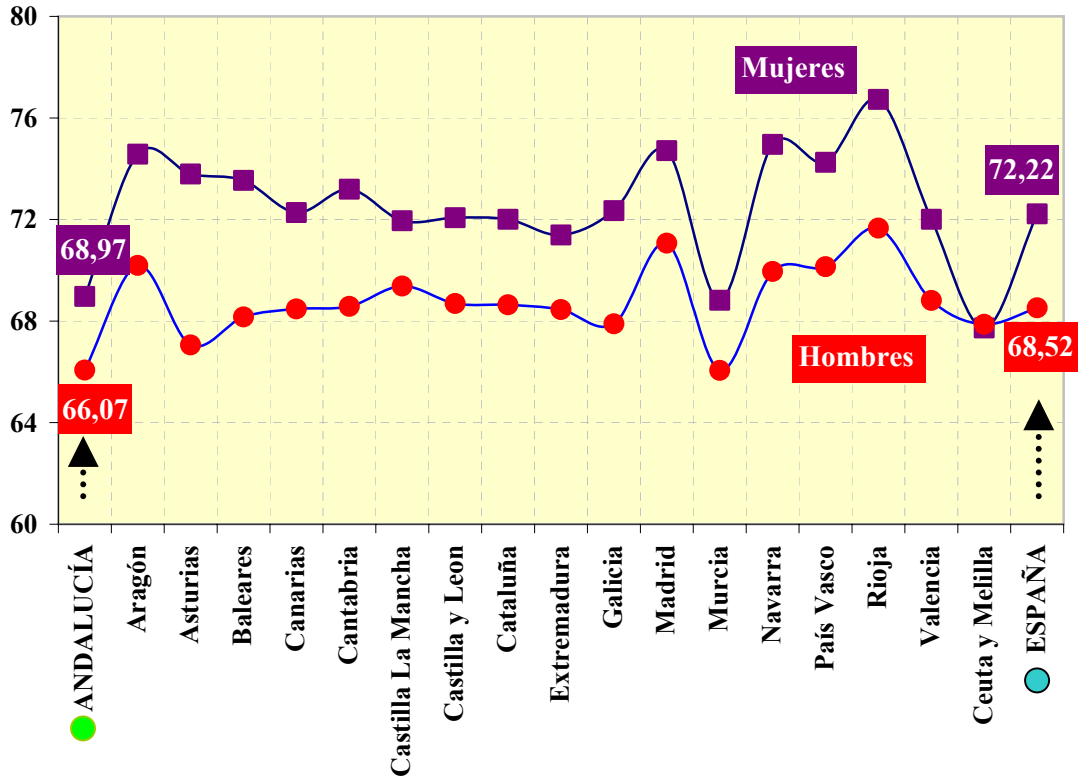
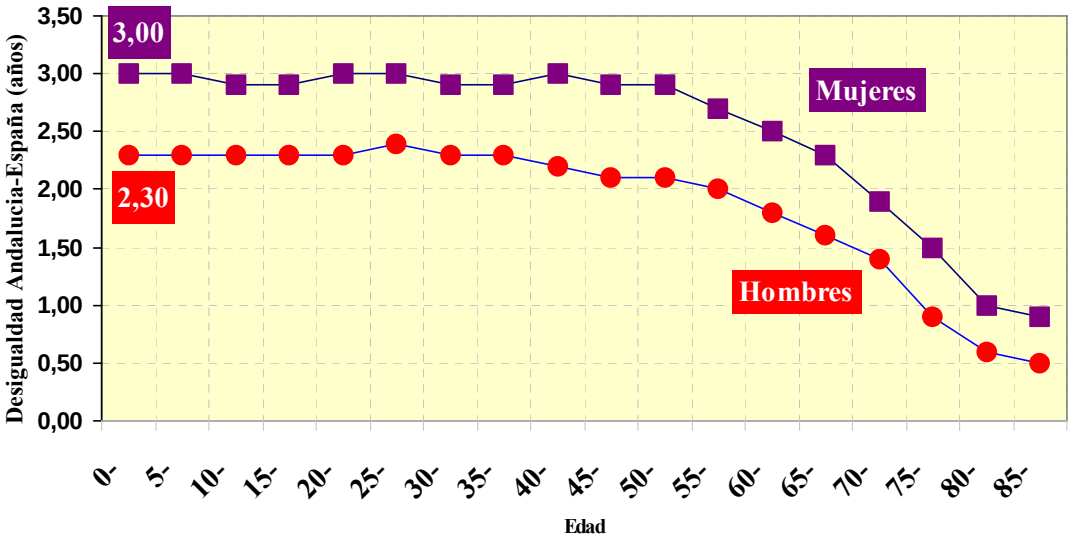


Gráfico 7. **Desigualdades en EVLD entre Andalucía y España según la edad y el sexo. 1999.**



- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 3.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *La duración de la vida o longevidad varía ampliamente entre los individuos de una determinada población según sea el sexo y sus circunstancias socio-económicas. La esperanza de vida es el indicador más utilizado para evaluar la longevidad media de una población. Su comparación entre países y regiones constituye un ejercicio muy frecuente para la identificación de desigualdades en salud.*

- Andalucía ha seguido con mayor o menor retraso a lo largo del S. XX las mejoras en los niveles de esperanza de vida que previamente se han ido produciendo en España. Este hecho es coherente con la hipótesis de la existencia de una relación entre desarrollo y niveles de mortalidad. Históricamente el desarrollo retrasado de Andalucía con respecto a España, una región periférica con menores niveles de renta, de urbanización y de educación, es con toda probabilidad el determinante profundo de estas desigualdades.

- *La desigualdad en la esperanza de vida al nacer entre España y Andalucía era de 0,9 y 0,6 años en 1977 para los hombres y mujeres respectivamente y de 0,8 y 0,9 años en 1990, de 1,03 y 1,27 en el 2000-2001 y de 1,36 y 1,37 en 2004-2005. En estos casi 30 años, esta desigualdad no solo se ha mantenido sino que incluso ha aumentado. La brecha ha aumentado porque en España la mortalidad de los mayores, especialmente las mujeres, ha descendido durante todo el periodo a mayor ritmo de lo que lo ha hecho en Andalucía. En el caso de los hombres, la brecha no ha crecido tanto, ya que el aumento de la mortalidad en los jóvenes españoles ha sido más intenso que en los andaluces, por lo que el enlentecimiento de la mejora de la esperanza de vida en España ha sido mayor que Andalucía, hecho que ha favorecido una ligera disminución de las desigualdades.*

- El origen de esta desigualdad estaría temporalmente determinado por el diferencial en las condiciones de vida prevalentes a mediado de siglo pasado, que habrían deteriorado fuertemente las condiciones de salud de las generaciones de andaluces que hoy tienen más de 60 años y que se expresaría en nuestros días por una sobremortalidad de estas generaciones. En esta línea es planteable atribuir también esta brecha a la falta de políticas correctoras concretas, al déficit de las políticas sociales desarrolladas en Andalucía, especialmente en el campo de los cuidados socio-sanitarios dirigidos a este grupo de población anciana, más vulnerable que la del resto de España, (residencias asistidas, centros de día, atención domiciliaria,..), sin poder descartar posibles problemas de accesibilidad a la atención de las principales patologías crónicas prestada por los servicios sanitarios públicos de Andalucía. Al depender el aumento futuro de la esperanza de vida sobre todo de la reducción de la incidencia de la mortalidad en edades avanzadas, es fundamental definir e implementar intervenciones efectivas y equitativas en las políticas socio sanitarias dirigidas a este grupo de población y particularmente en las mujeres.

- *Las desigualdades respecto a España no se circunscriben a la longevidad, se extienden a la calidad de vida con la que viven los andaluces, medida mediante la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. Los indicadores de la calidad de vida apuntan a que los andaluces, tanto en los hombres como las mujeres, viven en peor estado de salud que la media del Estado español. Son especialmente preocupantes las tasas de prevalencia de discapacidades en la población andaluza a partir de los 65 años, en particular en las mujeres, tanto por sus valores elevados como por afectar a un sector de población cada vez más numeroso. Aunque las mujeres tienen una mayor longevidad a todas las edades tienen una peor calidad de vida que los hombres, tanto en Andalucía como en España.*

CAPÍTULO 4.

Desigualdades sociales en la mortalidad entre municipios rurales y ciudades medias de Andalucía.

Miguel Ruiz Ramos
Antonio Escolar Pujolar

"La fortuna de los ricos supone la indigencia de la mayoría".

(Adam Smith, economista inglés, 1723-1790)

1. Introducción.

Los estudios de las desigualdades en salud han sido abordados de forma genérica desde dos perspectivas diferentes. Una primera relacionada con el estudio de las variaciones de los niveles de salud en diversas áreas geográficas, y una segunda que trata de establecer relaciones entre la salud y las clases sociales. En los últimos años se han desarrollado numerosos estudios basados en la primera perspectiva. En todos se resalta que si bien los patrones de salud en la comunidad no pueden ser reducidos a patrones de privación o pobreza material, si que parece evidente que las variaciones en salud no pueden ser entendidas si no se tiene en cuenta el papel primordial de las condiciones materiales de vida[1].

Se han desarrollado diversos índices o medidas compuestas de privación o pobreza material con el fin de explicar la interrelación de dichas medidas con las variaciones de los indicadores de salud, bien en las distintas áreas geográficas[2,3] o en las clases sociales. La elección del indicador socioeconómico es fundamental porque esta variable define los grupos y el ordenamiento dentro de los mismos y entre sí. Una mala elección del indicador o de las categorías creadas puede sesgar el estudio. La elección de un indicador socioeconómico inadecuado o de una definición inapropiada de las categorías de dicho indicador es una de las dificultades de los estudios agregados.

El reconocimiento de la importancia de los determinantes económicos y sociales surgió de la investigación acerca de las amplias diferencias existentes en los indicadores de mortalidad entre clases sociales. Los indicadores de mortalidad son tres o cuatro veces más altos entre las personas pertenecientes a las capas más bajas de la jerarquía social que entre los que se encuentran en los puestos más elevados.

Aunque las diferencias sean mayores en unos países que en otros, se encuentran donde quiera que se hayan recogido datos fiables, independientemente si se han realizado clasificaciones respecto a la educación, ingresos, ocupación o zonas de residencia. Más que un simple contraste ente los altos valores de los indicadores de mortalidad en las capas más desfavorecidas y los valores más bajos del resto de la sociedad, se encuentra un continuo gradiente que afecta a toda la sociedad, cuyos indicadores de mortalidad van disminuyendo y los niveles de salud mejoran poco a poco a medida que se asciende en la jerarquía social. De manera que hasta las personas que tienen un nivel socioeconómico acomodado tienden a estar menos sanas que las que tienen niveles privilegiados[4].

En Andalucía se han realizado pocos trabajos sobre salud y desigualdades sociales. Ha sido en las grandes ciudades[5,6,7] donde se han llevado a cabo la mayor parte de los estudios, con resultados similares a los realizados en otras ciudades españolas[8] y otros países.

El objetivo del presente trabajo es el analizar la distribución de las desigualdades de mortalidad en los municipios de Andalucía de tipo medio y rural, según los valores de un índice de privación que se asigno a cada uno de ellos.

2. Material y métodos..

Para realizar el análisis de las desigualdades sociales y la mortalidad en Andalucía se ha comenzado por agregar los municipios en dos estratos que se han denominado Ciudades Medias (CM) y del Medio Rural (MR), de acuerdo con una clasificación de los municipios andaluces recogida en una publicación previa del

Instituto de Estadística de Andalucía[9]. En el estudio no se incluyen las ocho capitales de provincia, Jerez de la Frontera y Algeciras. La mortalidad en las capitales de provincia, a nivel de sección censal, ha sido objeto de un análisis separado que se presenta en el capítulo 5.

Con los datos del Censo de Población y Vivienda del 2001 se calcularon para cada municipio y sexo, los porcentajes de personas con bajo nivel de instrucción (personas que no saben leer o escribir o con menos de 5 años de estudios/población de 16 y más años), en paro (población de 16 años y más años en paro/población de 16 y más años activa) y de trabajadores no cualificados (población ocupada de 16 y más años no cualificada/población de 16 y más años ocupada). Con estos tres porcentajes, estandarizado con las medias y desviaciones estándar para el conjunto de CM por un lado y para los municipios del MR por otro, se procedió mediante análisis factorial de componentes principales al cálculo de un Índice de Privación (IP), que reúne en un único componente y una sola puntuación factorial la información aportada por las variables anteriores. La distribución de las puntuaciones factoriales del IP correspondiente a las CM y del MR se categorizó en cinco niveles correspondientes a sus respectivos quintiles. Por último se asignó a cada una de las defunciones estudiadas el nivel del IP del municipio de residencia del fallecido. Corresponde pues el nivel 1 a la mortalidad en los municipios con las puntuaciones factoriales mas bajas (privación más baja) y el nivel 5 al de los municipios con las puntuaciones factoriales más altas (privación más alta).

Las defunciones a estudio fueron las publicadas por el Instituto de Estadística de Andalucía por municipio, sexo y edad para el periodo de 1999 al 2003. Las poblaciones por sexo y grupos quinquenales de edad que se han utilizado son las del Censo de Población y Vivienda del 2001.

Con estos datos se han calculado tasas brutas y ajustadas por edad de mortalidad general para cada uno de los niveles del IP de las CM y del MR, para hombres y mujeres por separado. También se ha calculado las tasas ajustadas de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) para saber el comportamiento de la mortalidad prematura, ya que este indicador mide donde ha habido mas muertes en personas jóvenes[10]. Asimismo se han construido las tablas de vida abreviadas[11], que permite conocer la esperanza de vida al nacer en cada uno de los niveles del IP en los MR y en las CM de Andalucía en el periodo de 1999 al 2003.

3. Resultados.

En Andalucía existen 770 municipios, de los cuales 8 corresponden a las capitales de provincia. Del resto, 128 municipios se han agregado en el estrato Ciudades Medias y 632 en los del Medio Rural.

3.1. Ciudades Medias.

En las CM según el Censo del 2001 vivían 3.053.341 personas de las cuales 1.532.888 eran mujeres y 1.520.953 hombres. Por niveles del IP más del 30% pertenecían a los niveles mas altos (menor nivel de privación) y sólo un 11% a los más bajos (peor nivel de privación), siendo esta proporción semejante en los dos sexos. En cuanto a la distribución porcentual de las defunciones se parece bastante a la de la población, aunque en el nivel 1 hay menos proporción de defunciones que de población y en el nivel 5 ocurre lo contrario, en los hombres esta proporción es muy parecida a la de las mujeres.

Cuando se relacionan las defunciones con las poblaciones en cada uno de los niveles del IP, los niveles más desfavorecidos presentan las tasas más altas, manteniendo un gradiente de menor a mayor mortalidad entre el nivel 1 y 5, tanto en las mujeres como en los hombres. Al ajustar por edad sin embargo este gradiente desaparece y se invierte, las tasas más altas corresponden al nivel 2 tanto en las mujeres como en los hombres. Este efecto se puede apreciar con mayor claridad si se analizan las tasas específicas por grupos de edad, tanto en los hombres como en las mujeres la mortalidad es mayor en el nivel 2 que en el 5 en prácticamente todos los grupos de edad, especialmente llamativo en las mujeres.

Las tasas de APVP presentaban el mismo gradiente que las tasas ajustadas por edad, eran los niveles 4 y 5 del IP los que presentaban menor mortalidad y el 1 y 2 los que más.

La esperanza de vida al nacer y a diferentes edades tiene una distribución semejante a las de las tasas de ajustadas por edad de mortalidad, como cabe esperar, ya que la esperanza de vida es una forma de controlar el efecto de la edad sobre la mortalidad, de hecho es un método de ajuste de tasas, con la ventaja de no depender de una población estándar de referencia. Así las mujeres al nacer tenían 81,61 años de esperanza de vida en el nivel 1 del IP y 82,40 años en el 5, esta mayor esperanza de vida en el nivel 5 con respecto al nivel 1 se mantiene en todos los grupos de edad.

3.2. Municipios del Medio Rural.

En el MR vivían un total de 1.706.6631 personas según el censo del 2001 de las cuales 850.665 eran mujeres y 855.996 hombres. La distribución por niveles del IP volvía a ser el nivel 1 el que mayor proporción de población presentaba y el nivel 5 el que menos. Las defunciones se distribuían de una manera diferente, eran los niveles 2 y 3 los que mayores proporciones presentaban. Para las tasas brutas eran los niveles 1 los que menor mortalidad tenían y los niveles 5 los que más. Las tasas ajustadas al contrario eran más altas en los grupos más favorecidos y las más bajas en los de peor nivel socioeconómico (IP5). Las tasas específicas de mortalidad, igual que en la CM presentaban mayor mortalidad en prácticamente todos los grupos de edad a medida que el nivel socioeconómico aumentaba.

La tasa de APVP presentaba el mismo comportamiento que los indicadores ajustados por edad, es decir a mayor nivel socioeconómico mayor mortalidad, especialmente en las mujeres.

La esperanza de vida en este medio, al igual que en las CM, sigue un comportamiento como el del resto de los indicadores de mortalidad. Es especialmente llamativa la mayor esperanza de vida al nacer de las mujeres del medio rural y en especial de las de los municipios con más privación. En los hombres no existe prácticamente desigualdad, aunque también los hombres del medio rural presentan para el nivel de privación más alto una esperanza de vida ligeramente mayor.

Tabla 1. **Tasas estandarizadas (TE)* de mortalidad según sexo y nivel del Índice de Privación (IP) y tipo de municipios. Andalucía, 1999-2003.**

Mujeres	**Ciudades Medias**		**Medio Rural**	
Nivel del IP	**TE**	IC 95%	**TE**	IC95%
1(- privación)	5,32	(5,40-5,24)	5,41	(5,53-5,29)
2	5,64	(5,75-5,53)	5,17	(5,28-5,06
3	5,23	(5,33-5,13)	4,74	(4,84-4,64)
4	5,16	(5,26-5,06)	4,75	(4,85-4,65)
5(+ privación)	4,94	(5,05-4,83)	4,42	(4,54-4,30)
Hombres	**Ciudades Medias**		**Medio Rural**	
Nivel del IP	**TE**	IC 95%	**TE**	IC 95%
1(- privación)	8,87	(9,00-8,74)	8,67	(8,85-8,49)
2	9,62	(9,79-9,45)	8,69	(8,86-8,52)
3	8,96	(9,12-8,80)	8,26	(8,43-8,09)
4	8,97	(9,13-8,81)	8,25	(8,42-8,08)
5(+ privación)	8,77	(8,96-8,58)	7,67	(7,86-7,48)

* Tasas x 1000 personas/año

Tabla 2. **Esperanza de vida al nacer según nivel del Índice de Privación y tipo de municipios. Andalucía, 1999-2003.**

	Mujeres		Hombres	
Nivel del IP	**Ciudades Medias**	**Municipios Rurales**	**Ciudades Medias**	**Municipios Rurales**
1(-privación)	**81,61**	**81,54**	**75,49**	**76,02**
2	81,06	81,92	74,58	75,66
3	81,75	82,69	75,29	76,20
4	81,91	82,68	75,27	76,03
5(+privación)	**82,40**	**83,44**	**75,49**	**76,70**

4. Discusión.

Numerosos estudios han demostrado en distintos ámbitos geográficos la existencia de un gradiente socioeconómico en la mortalidad y en la morbilidad, independientemente de si este gradiente se ha medido por la ocupación, el nivel educativo o los ingresos[12, 13, 14, 15, 16]. Dependiendo de la medida utilizada las diferencias entre las clases sociales y entre países varían, pero siempre están presentes. La magnitud de las desigualdades en salud entre los grupos sociales es similar en zonas muy diferentes, mientras que los mecanismos que las producen pueden ser distintos[17]. Su reducción es una manera de mejorar los indicadores del conjunto de la población y es uno de los objetivos prioritarios de los organismos responsables de la salud nacional e internacionalmente[18].

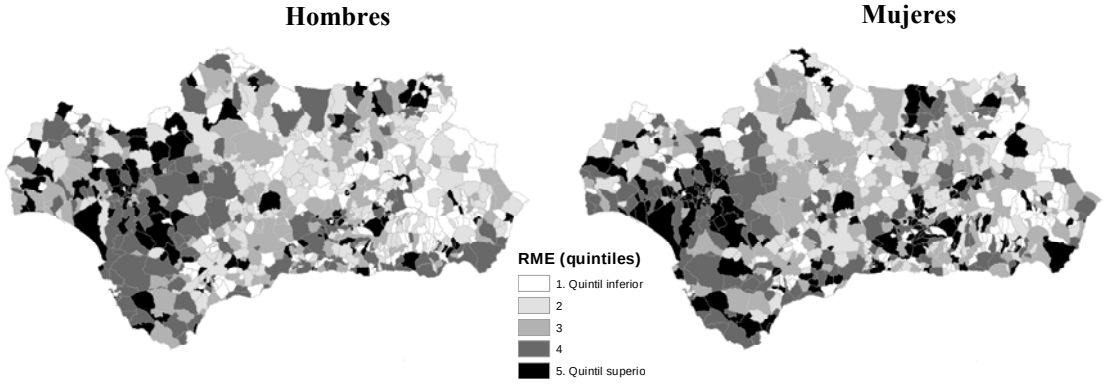
En los años sesenta y setenta del pasado siglo se demostró que persistían

importantes diferencias en la mortalidad por niveles socioeconómicos en los países desarrollados y en la década de los ochenta el "informe Black" y el estudio de Whitehall, ambos en Inglaterra, pusieron claramente de manifiesto las relaciones entre salud y clase social, a la vez que identificaron un aumento de las desigualdades, lo que provocó un cambio importante en la orientación de los servicios de salud[2,19]. En España el equivalente a este informe apareció casi una década más tarde[20], demostrando la existencia de desigualdades sociales en la mortalidad por municipios, con un marcado patrón norte-sur, con peores niveles de mortalidad para los municipios situados en el sur y especialmente en la parte sur-occidental.

Por el contrario el sentido de la desigualdad observado para el conjunto de España cambia en Andalucía al restringir el análisis a ciudades medias y del medio rural. Son los municipios con mayor privación los que presentan mejores indicadores de mortalidad. Este resultado paradójico puede ser consecuencia de una inadecuada elección en este tipo de municipios del tipo de variables sociales contenidas en el índice de privación, que por el contrario si permiten identificar la asociación clásica entre privación y mortalidad en las capitales de provincia (ver capítulo 5), aunque utilizando como unidad geográfica de análisis la sección censal[21]. No hay que olvidar que al agregar la información de los datos sobre el nivel socioeconómico para todo el municipio, estamos ocultando desigualdades sociales dentro de los mismos, de tal manera que no medimos de una forma precisa la diversidad social existente en los mismos. Este error de clasificación debería ser mayor a medida que mayor es el tamaño del municipio. Este inconveniente es conocido y se ha descrito en otras zonas de España[22] y seguramente es una de las limitación del presente trabajo y ha determinando los resultados encontrados.

La distribución geográfica de la mortalidad por municipios en Andalucía (gráfico 1) presenta el patrón este-oeste ya conocido y descrito para enfermedades específicas[23]. En la parte occidental, con niveles de mortalidad más elevados, se ubican los municipios no capitales de provincia más importantes (ciudades medias), es una zona de claro predominio urbano y mayor desarrollo industrial, frente a la parte oriental, donde predominan los municipios rurales. La privación, educación y trabajo no cualificado en las provincias occidentales es menor que en las provincias interiores y orientales, de carácter predominantemente rural y economía basada tradicionalmente en la agricultura.

Mapa 1. **Distribución de la mortalidad (Razón Estandarizada) por todas las causas. Municipios de Andalucía, 1999-2003.**



Es posible que más allá de las habituales consideraciones negativas de la privación material respecto a los niveles de salud, los municipios del medio rural, fundamentalmente situados en la zona interior de Andalucía Oriental, hayan dispuesto en décadas anteriores de "mejores" condiciones de vida que las existentes en ciudades medias y en general que en los municipios situados en la Andalucía Occidental. La cuestión de las diferencias en la propiedad de la tierra entre las "dos andalucías", que se aborda en el capítulo 1, su distinto grado de urbanización, más elevado en Andalucía Occidental y las condiciones de vida que estos fenómenos condicionaron (grado de precariedad en el trabajo y en las exposiciones laborales de riesgo, diferente patrón de fertilidad y de consumo de tabaco y alcohol entre otros), podrían ser algunas de las posibles razones de esta paradoja. La esperanza de vida al nacer más alta en el estrato de los municipios rurales, muy especialmente entre las mujeres, puede ser una consecuencia de una menor frecuencia de exposiciones de riesgo relacionadas con el cáncer de mama y pulmón, en las mujeres y los hombres respectivamente de este medio pertenecientes al extremo inferior de la escala social, respecto a las experimentadas por los situados en el extremo contrario.

La estratificación de los municipios utilizada nos impide identificar la presencia de desigualdades sociales en la mortalidad en el sentido de las descritas repetidamente en la literatura. Para encontrarlas se deberían definir otro tipo de agrupaciones en base a nuevos criterios, abordando el estudio de las desigualdades en salud a nivel de municipios en niveles geográficos más homogéneos (sección censal; barrio) y cuando sea posible con medidas individuales de las variables socioeconómicas. La creación por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE) del Padrón Continuo de Población permite disponer, a partir de 1996, de datos sobre el nivel de estudios a nivel individual, lo que abre nuevas perspectivas en la investigación de las desigualdades y la salud en Andalucía.

5. Bibliografía.

1. Arias A, Ribagliato M, Palumbo MA, et Al. Desigualdades en Salud en Barcelona y Valencia. Med Clin 1993; 100: 281-87.

2. Jarman B. Identification of underprivileged areas. Br Med J (Clin Res Ed). 1983 May 8;286 (6379):1705-09.

3. Townsend P, Simpson D, Tibbs N. nequalities in health in the city of Bristol: a preliminary review of statistical evidence. Int J Health Serv. 1985; 15(4) :637-63.

4. Wilkinson, R.G., Pickett, K.E. (2006) Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Soc Sci Med 62: 1768-84.

5. Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciana F. Desigualdades en la ciudad de Sevilla. Gac Sanit 2004; 18(1): 16-23.

6. Garcia-Gil C, Cruz-Rojo C, Alvarez-Giron M, Solano-Pares A. Health inequalities in Seville, Spain: use of indicators of social deprivation and mortality in small areas**.** Public Health. 2004 Jan;118(1):11-20.

7. Martín FJ, March Jc. Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. Gac Sanit, 1992; 6: 198-206.

8. Borrell C, Arias A. Desigualdades en mortalidad en los barrios de Barcelona. Gac Sanit 1993; 7: 205-20.

9. IEA. Proyección de la población de Andalucía por ámbitos subregionales, Andalucía 1998-2016. Instituto de Estadística de Andalucía. Sevilla: IEA, 2001

10. Romeder JM, Mcwinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. Int J Epidemiol 1976;6:143-51.

11. Chiang CL. The life table and its applications. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publising Company, 1984.

12. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet. 1997 Jun 7;349(9066):1655-59.

13. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death-specific explanation of a general pattern? Lancet 1984; 1: 1003-06.

14. Vagero D, Lundberg O. Health inequalities in Britain and Sweden. Lancet 1989; 2:35-36.

15. Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisac, Rodíguez C. Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas. Med Clin (Barc) 1996; 106: 295-89.

16. Pasarín MI, Borrel C, Plasència A. ¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona? Gac Sanit 1999; 13(6): 431-40.

17. Whitehead M, Burstrom B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. Soc Sci Med. 2000 Jan;50(2):255-70.

18. Wagstaff A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. Bull World Health Organ. 2000; 78(1):19-29.

19. Towbsend P, Davisin N and Witehead M. Inequalities in Heath (The Black Report & The health Divide). Pinguin Books. London, 1988.

20. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1996..

21. Ruiz-Ramos M, Escolar A. Evolución de las desigualdades sociales en la mortalidad general de la ciudad de Sevilla. Gacet Sanit 2006;

22. Armero MJ, Frau MJ, Colomer C. Indicadores de salud en el medio urbano. Variaciones en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas. Gacet Sanit 1991; 22: 17-20.

23. Ruiz Ramos M, Canto Casasola VD. Distribución espacial y tendencia de la mortalidad por cáncer y otras causas. Andalucía, 1976-1996. Serie Estadísticas Vitales: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 1998.

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 4.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *Los estudios de las desigualdades en salud han sido abordados de forma genérica desde dos perspectivas diferentes. Una primera relacionada con el estudio de las variaciones de los niveles de salud en diversas áreas geográficas, y una segunda que trata de establecer relaciones entre la salud y las clases sociales. En los últimos años se han desarrollado numerosos estudios basados en la primera perspectiva. En todos se resalta que si bien los patrones de salud en la comunidad no pueden ser reducidos a patrones de privación o pobreza material, si que parece evidente que las variaciones en salud no pueden ser entendidas si no se tiene en cuenta el papel primordial de las condiciones materiales de vida.*

- Se han desarrollado diversos índices o medidas compuestas de privación o pobreza material con el fin de explicar la interrelación de dichas medidas con las variaciones de los indicadores de salud, bien en las distintas áreas geográficas, o en las clases sociales. La elección del indicador socioeconómico es fundamental porque esta variable define los grupos y el ordenamiento dentro de los mismos y entre sí. El Índice elegido en nuestro estudio se compone de la frecuencia de desempleo, bajo nivel de estudios y trabajo no cualificado en cada municipio (datos Censo-2001).

- *La distribución geográfica de la mortalidad por municipios en Andalucía presenta el patrón este-oeste ya conocido y descrito para enfermedades específicas. En la parte occidental, con niveles de mortalidad más elevados, se ubican los municipios que no son capitales de provincia más importantes (ciudades medias), es una zona de claro predominio urbano y mayor desarrollo industrial, frente a la parte oriental, donde predominan los municipios rurales. La privación, educación y trabajo no cualificado en las provincias occidentales es menor que en las provincias interiores y orientales, de carácter predominantemente rural y economía basada tradicionalmente en la agricultura.*

- En España el equivalente a este Informe, publicado en 1996, demostró la existencia de desigualdades sociales en la mortalidad por municipios, con un marcado patrón norte-sur, con peores niveles de mortalidad para los municipios situados en el sur y especialmente en la parte sur-occidental. Por el contrario el sentido de la desigualdad observado para el conjunto de España cambia en Andalucía al restringir el análisis a ciudades medias y municipios rurales. Aquellos con mayor privación son los que presentan mejores indicadores de mortalidad. Este resultado paradójico puede ser consecuencia de una inadecuada elección del tipo de variables sociales contenidas en el índice de privación, que si permiten identificar la asociación clásica entre privación y mortalidad en las capitales de provincia, aunque utilizando como unidad geográfica de análisis la sección censal.

- *Es posible que más allá de las habituales consideraciones negativas de la privación material respecto a los niveles de salud, los municipios del medio rural, fundamentalmente situados en la zona interior de Andalucía Oriental, hayan dispuesto en décadas anteriores de "mejores" condiciones de vida que las existentes en las ciudades medias y en general que en los municipios situados en la Andalucía Occidental. La cuestión de las diferencias en la propiedad de la tierra entre las "dos andalucías" (Capítulo 1), su distinto grado de urbanización, más elevado en Andalucía Occidental y las condiciones de vida que estos fenómenos condicionaron (grado de precariedad en el trabajo y en las exposiciones laborales de riesgo, diferente patrón de fertilidad y de consumo de tabaco y alcohol entre otros), podrían ser algunas de las posibles razones de esta paradoja.*

CAPITULO 5.

Privación material y mortalidad en las secciones censales de las capitales de provincia de Andalucía.

Ricardo Ocaña-Riola
Alberto Fernández Ajuria
Miguel Ruiz Ramos
Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido

"Entre los ciudadanos no debiera existir ni pobreza extrema ni tampoco riqueza excesiva pues ambas engendran un gran mal"

(Platón, 428–347 adC).

1. El atlas de mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía.

Desde finales del siglo XVIII, los mapas sanitarios han jugado un papel importante en la descripción espacial de enfermedades y la generación de hipótesis para la identificación de factores de riesgo vinculados con áreas geográficas. Desde los primeros trabajos realizados en 1798 sobre la epidemia de fiebre amarilla en Nueva York hasta los actuales atlas de indicadores sociosanitarios han transcurrido más de 200 años en los que las técnicas de análisis espacial han evolucionado enormemente (Howe, 1989; Bithell, 2000).

El desarrollo de complejos modelos matemáticos, los avances de los sistemas informáticos y la disponibilidad de potentes Sistemas de Información Geográfica (SIG) han contribuido enormemente al desarrollo de la Estadística y Epidemiología Espacial, área de conocimiento que se ocupa del estudio de la distribución geográfica de indicadores de salud y su correlación con factores demográficos, ambientales y socioeconómicos, incluyendo la provisión de servicios sociosanitarios. Dentro de este campo, el análisis de la distribución geográfica de enfermedades, conocido como "*disease mapping*" en la literatura científica internacional, ha sido de gran utilidad para la planificación, la gestión y la política sanitaria, contribuyendo a la ampliación del conocimiento sobre la Salud de la población y mejorando el diseño de estrategias de intervención sanitaria en muchos países (Gundersen, 2000).

Son muchos los trabajos publicados en España y Andalucía sobre la distribución espacial de la mortalidad en áreas de tamaño superior al municipio, sin embargo son escasas las investigaciones que analizan las diferencias de mortalidad entre las secciones censales de una ciudad. Conocer la distribución geográfica de las principales causas de mortalidad en grandes núcleos urbanos constituye una fuente de información relevante para la planificación de recursos sanitarios, la mejora de programas de prevención y la puesta en marcha de actuaciones políticas y sociales orientadas a la reducción de las desigualdades en salud de la población.

En este contexto surge el Atlas de Mortalidad de las Capitales de Provincia de Andalucía, cuyo objetivo es describir la distribución espacial de las principales causas de muerte en hombres y mujeres en las ciudades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla durante el periodo 1992-2002 e identificar las secciones censales de cada ciudad que durante el periodo de estudio presentaron un exceso de mortalidad significativo con respecto a Andalucía (Ocaña-Riola et al., 2007). En él se analizan 11 causas de muerte para mujeres y 16 para hombres y un total de 188.983 defunciones (97.278 hombres y 91.705 mujeres). Los contenidos de este capítulo forman parte de los resultados de este estudio, englobado en el proyecto multicéntrico AMCAC (Ocaña-Riola et al., 2005).

2. Características sociodemográficas de las capitales de provincia de Andalucía.

Según las últimas cifras de población, en Andalucía residen 7.849.799 habitantes, lo que supone el 18% de la población española. Como en el resto de municipios del país, todas las capitales de provincia de Andalucía están divididas en secciones censales, unidad territorial más pequeña de la que se dispone información socioeconómica y sanitaria agregada. Cada sección censal es un área geográfica perfectamente delimitada generada por subdivisión del

término municipal, con límites prefijados y claramente identificables sobre el terreno. Esta subdivisión administrativa es necesaria para llevar a cabo los censos de población, las actividades electorales y los trabajos de campo de tipo estadístico. Cada sección censal incluye un mínimo de 500 habitantes y un máximo de 2000, excepto los municipios de sección única (IEA, 2004). Cuando el crecimiento urbano provoca un aumento poblacional excesivo en una sección censal, ésta se divide en dos.

Actualmente, las ocho capitales de provincia de Andalucía están formadas por 1556 secciones censales, distribuidas de la siguiente forma según el Censo de Población de 1991:

Tabla 1. **Secciones censales y población de las capitales de provincia de Andalucía.**

		Población		
Ciudad	**Secciones censales**	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**
Almería	105	75.114	80.006	155.120
Cádiz	97	74.964	79.383	154.347
Córdoba	193	145.603	156.551	302.154
Granada	174	120.325	134.887	255.212
Huelva	88	69.112	73.435	142.547
Jaén	71	49.890	53.370	103.260
Málaga	386	251.596	270.512	522.108
Sevilla	442	327.628	355.400	683.028
Total	1.556	1.114.232	1.203.544	2.317.776

Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007.

El analfabetismo, definido como el número de personas analfabetas por cada 100 habitantes mayor de 10 años, el desempleo, dado por el número de desempleados por cada 100 personas activas y el porcentaje de trabajadores manuales[1], definido por el número de trabajadores manuales por cada 100 personas ocupadas, son tres indicadores utilizados con frecuencia en los estudios geográficos de áreas pequeñas para medir la *privación material* de las mismas (Gordon, 2003; Domínguez-Berjón et al., 2001). Este concepto ha sido ampliamente utilizado en los estudios de desigualdades sociales para hacer referencia a la falta relativa de bienes, recursos o servicios de una población que están extendidos en la sociedad a la que pertenece (Wilkinson, 1997).

En 1991, el porcentaje de analfabetos y trabajadores manuales en las capitales de provincia de Andalucía fue inferior, en ambos sexos, al registrado en la Comunidad Autónoma. El desempleo masculino también fue inferior en todas las ciudades, sin embargo, las tasas de desempleo en mujeres superaban las cifras registradas en el conjunto de Andalucía (Figura 1). En todas las ciudades, el porcentaje de mujeres analfabetas o desempleadas fue superior al de los hombres. En cuanto a la ocupación, el porcentaje de trabajadores manuales superó al de trabajadoras (Figura 1).

[1] Trabajadores especializados en la construcción, trabajadores especializados de la minería y la metalurgia, trabajadores especializados del resto de las industrias, operadores de instalaciones y maquinaria, trabajadores no especializados o que pertenecen al resto de trabajadores ocupados en el sector servicios

La combinación lineal del analfabetismo, desempleo y trabajadores manuales mediante una técnica estadística denominada *Análisis Factorial de Componentes Principales* permite el cálculo de un índice de privación material, siendo el indicador más utilizado para describir el desarrollo socioeconómico de las áreas geográficas. Los mapas adjuntos muestran la distribución geográfica de la privación material en cada una de las capitales de provincia de Andalucía, donde las zonas más privadas se encuentran identificadas con colores más oscuros (Figura 2).

3. Indicadores básicos de salud en las capitales de provincia de Andalucía.

La mortalidad general y los años potenciales de vida perdidos (APVP) son dos de los indicadores utilizados con mayor frecuencia para monitorizar el estado de salud de la población. Algunas ciudades importantes de Andalucía, entre las que se encuentran sus capitales de provincia, se incluyen dentro de los municipios españoles con mayor mortalidad global y específica (Benach *et al.*, 2004), hecho que en los últimos años ha fomentado la realización de estudios epidemiológicos específicos en estas zonas.

En cuanto a mortalidad, si bien para los hombres la mayoría de las ciudades presentaron tasas superiores a las de su provincia o Andalucía durante el periodo 1999-2002, el comportamiento de las tasas de mortalidad en mujeres no fue tan consistente (Figura 3).

La situación es diferente para la mortalidad prematura, medida a través de los APVP. Todas las ciudades mostraron más años potenciales de vida perdidos que la provincia a la que pertenecen y que el conjunto de Andalucía, con excepción de Córdoba en hombres y Huelva en mujeres (Figura 3). En todas las ciudades la tasa de mortalidad y los años potenciales de vida perdidos fue superior en hombres que en mujeres, hecho constatado no sólo en las capitales de provincia de Andalucía sino en el resto de España.

De los resultados anteriores se deduce que, en líneas generales, las capitales de provincia de Andalucía presentaron más mortalidad que la provincia a la que pertenecen e incluso que el conjunto de la Comunidad Autónoma, especialmente en hombres. Estas diferencias son aún más patentes en la mortalidad prematura dada por los APVP.

Un análisis detallado dentro de cada ciudad pone de manifiesto que durante el periodo 1992-2002 algunas secciones censales presentaron un exceso de mortalidad general con respecto al resto de Andalucía. Métodos estadísticos específicos permiten visualizar en mapas geográficos el riesgo relativo asociado a cada sección censal, identificando con colores más oscuros las áreas geográficas de mayor mortalidad. Tanto para hombres como para mujeres estas secciones censales se localizaron en diferentes zonas las ciudades (Figuras 4 y 5), coincidiendo algunas de ellas con las áreas socialmente más desfavorecidas (Figura 2).

Si en un área geográfica se registra un número de muertes superior a lo esperado se obtiene una diferencia denominada exceso de mortalidad. Las secciones censales representadas en las Figuras 4 y 5 con color más oscuro muestran un riesgo de muerte que supera, al menos, 1.2 veces al de Andalucía en su conjunto. En otras palabras, durante el periodo de estudio hubo en esas secciones un exceso de muertes igual o superior al 20%.

La degradación de colores va asociada a una disminución de la mortalidad en las áreas correspondientes.

Todas las secciones censales con riesgos relativos superiores a uno presentaron un exceso de mortalidad con respecto a la Comunidad Autónoma. Por el contrario, aquellas con un riesgo relativo menor que la unidad mostraron una mortalidad menor de la esperada. En el extremo inferior de la gama de colores se encuentran las secciones censales con un riesgo de muerte inferior al de Andalucía en su conjunto. En cada una de ellas, la mortalidad registrada durante el periodo de estudio fue, al menos, un 20% menor de lo esperado una vez igualada la pirámide de población de cada sección a la de Andalucía.

Es importante señalar que los mapas de riesgos muestran la situación de cada sección censal con respecto a Andalucía. Sin embargo, los riesgos relativos de dos secciones no son comparables entre sí debido al método de estandarización de tasas utilizado, denominado indirecto (Rothman, 1987).

Durante el periodo 1992-2002, 299 secciones censales de las ocho capitales de provincia de Andalucía registraron 4935 muertes más en hombres de las que cabría esperar si estas secciones se comportaran como el resto de la Comunidad Autónoma. Estas cifras revelan que el 19% de las secciones censales que constituyen estas ciudades concentraron un exceso anual medio de 449 defunciones. Para el mismo periodo de tiempo, 197 secciones censales registraron 2708 muertes más de las que cabría esperar en mujeres, lo que globalmente supone un exceso medio de 246 defunciones al año en el 13% de todas las secciones censales de las ciudades. La siguiente tabla muestra el exceso de mortalidad registrado durante el periodo 1992-2002 para cada una de las ciudades analizadas.

Tabla 2. **Descripción de las secciones censales con exceso de mortalidad en las capitales de provincia de Andalucía (1992-2002).**

	Hombres			Mujeres		
Ciudad	**Secciones[1]**	**Exceso de muertes[2]**	**Población[3]**	**Secciones[1]**	**Exceso de muertes[2]**	**Población[3]**
Almería	27 (26%)	393	20.684	17 (16%)	214	12.856
Cádiz	37 (38%)	677	26.193	19 (20%)	312	16.383
Córdoba	20 (10%)	439	15.144	20 (10%)	249	16.477
Granada	20 (12%)	302	15.375	14 (8%)	123	11.793
Huelva	17 (19%)	246	13.727	5 (6%)	45	4.350
Jaén	8 (11%)	222	5.449	11 (16%)	227	7.366
Málaga	96 (25%)	1.386	66.871	63 (16%)	786	43.366
Sevilla	74 (17%)	1.270	57.946	48 (11%)	752	50.405
Total	299 (19%)	4.935	221.389	197 (13%)	2.708	162.996

Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007.

(1) Número absoluto y porcentaje de secciones con exceso de muertes dentro de cada ciudad
(2) Número de muertes que excedieron lo esperado durante el periodo 1992-2002
(3) Población que residía en las secciones con exceso de mortalidad en 1991

En cuanto a las causas de muerte, en todas las capitales de provincia de Andalucía la más frecuente en hombres fue la relacionada con las enfermedades isquémicas del corazón, mientras que en mujeres el mayor porcentaje de defunciones corresponde a otras enfermedades del sistema circulatorio seguida muy de cerca por las enfermedades cerebrovasculares. La distribución geográfica de cada una de estas causas fue diferente a la distribución de la mortalidad general, así como el número y la localización de las secciones censales que presentaron un exceso de mortalidad (Ocaña-Riola et al., 2007). Distintos factores sociosanitarios, demográficos, económicos o ambientales podrían explicar estas diferencias, sin embargo mediante estudios descriptivos de este tipo no es posible confirmar esta hipótesis. Para ello es necesario realizar estudios de base individual en los que se analicen con detalle factores de riesgo relacionados con causas específicas de mortalidad o morbilidad, motivo por el que la continuidad de las investigaciones en este campo es sumamente necesaria.

4. Privación material y mortalidad en las capitales de provincia de Andalucía

El nivel de privación de un área geográfica condiciona la calidad de vida y el estado de salud de sus habitantes, de manera que las zonas más privadas presentan, por lo general, menos oportunidades sociales y más problemas de salud que las zonas más favorecidas (Yen and Kaplan, 1999; Sloggett and Joshi, 1994).

Los mapas de desigualdades socioeconómicas y mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía muestran algunas secciones censales socialmente desfavorecidas que también presentan unas tasas de mortalidad elevadas. Estudios realizados en nuestro entorno señalan que en las secciones censales con mayor privación material la mortalidad masculina fue entre un 24% y un 40% superior a la encontrada en las secciones censales con menor privación. Granada, Almería y Córdoba son las ciudades donde la diferencia de mortalidad entre ambos tipos de secciones censales fue mayor, mientras que el resto de capitales andaluzas presentaron diferencias menores (Ocaña-Riola et al., 2007).

En cuanto a la mortalidad en mujeres, el exceso en las secciones censales con mayor privación material con respecto a las de menor privación no fue tan acusado. A pesar de que el riesgo relativo fue superior en las secciones censales más desfavorecidas, no existe una clara evidencia para afirmar que la diferencia con respecto a las secciones más favorecidas sea significativa. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios internacionales que sugieren una magnitud de asociación diferente en entre la privación material de las áreas geográficas y la mortalidad en hombres y mujeres (Ocaña-Riola et al., 2007).

No es fácil dar una explicación a estos hallazgos sin el apoyo de estudios de base individual que eviten caer en falacias ecológicas propias de este tipo de estudios. Es posible que las características del área en la que residen los individuos actúen de manera distinta en hombres y mujeres, de manera que tanto las características de los sujetos como las de su entorno jueguen un papel importante para explicar el estado de salud. La continuidad de estas investigaciones será un aspecto importante a tener en cuenta para validar las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres e identificar factores de riesgo para ambos sexos en las áreas más desfavorecidas. Ambos aspectos contribuirán a la implementación de estrategias de intervención para la mejora de la salud de la población.

5. Aspectos adicionales.

El trabajo presentado en este capítulo forma parte del primer Atlas de Mortalidad realizado en las principales ciudades andaluzas utilizando la sección censal como unidades territorial de análisis, actualmente el área geográfica más pequeña de la que se dispone información demográfica y sanitaria agragada.

La homogeneidad conseguida en cuanto a las características sociodemográficas de la población es superior a la alcanzada mediante el uso de áreas geográficas mayores, lo que repercute en una descripción más detallada de la distribución espacial de la mortalidad en el ámbito urbano.

Además de la contribución a la ampliación de conocimientos sobre la salud de nuestra población, el análisis de la distribución geográfica de la mortalidad puede ser un instrumento importante para el estudio de las desigualdades en salud en los grandes núcleos de población de Andalucía, la planificación de recursos sanitarios, el desarrollo de actuaciones políticas y sociales o el diseño de programas de prevención orientados a garantizar una protección sanitaria basada en la equidad.

A pesar de su potencial utilidad, es importante señalar que las técnicas estadísticas utilizadas para la elaboración de los mapas de mortalidad son capaces de describir el patrón espacial en las secciones censales de cada ciudad, pero no permiten explicar por qué el riesgo de muerte fue más elevado en ellas. Para alcanzar este objetivo será necesario realizar estudios específicos de base individual en los que se analicen con detalle factores de riesgo relacionados con causas de muerte específicas.

En este trabajo, los posibles cambios de residencia de la población a través del tiempo podrían constituir un sesgo de clasificación en la asignación de defunciones a cada sección censal. Sin embargo, la ausencia de sistemas de información dinámicos y la inaccesibilidad a datos censales individuales debido a la confidencialidad de la información hace inviable el control de un sesgo de estas características.

Los resultados encontrados en los estudios geográficos realizados en las ciudades de Andalucía muestran diferencias en salud de las zonas más desfavorecidas, sin embargo es necesario la continuidad de las investigaciones y la realización de estudios con datos individuales que permitan explicar el exceso de riesgo en estas zonas e implementar estrategias de intervención locales orientadas a disminuir dichas desigualdades.

6. Bibliografía.

- Benach J, Yasui Y, Martínez JM, Borrell C, Pasarín MI. The geography of the highest mortality areas in Spain: a striking cluster in the southwestern region of the country. Occupational and Environmental Medicine 2004; 61: 280-81.

- Dominguez-Berjón MF, Borrell C, Benach J, et al. Medidas de privación material en los estudios de áreas geográficas pequeñas. Gaceta Sanitaria 2001; 15(Supl. 4): 23-33.

- Gordon D. Area-based deprivation measures: A UK perspective. In: Kawachi I, Berkman LF (eds). Neighborhoods and Health. New York: Oxford University Press, 2003.

- Gundersen L. Mapping it out: Using atlases to detect patterns in Health Care, disease and mortality. Annals of Internal Medicine 2000; 133(2): 161-64.

- Howe GM. Historical evolution of disease mapping in general and specifically of cancer mapping. In: Boyle P, Muir CS, Grundmann E (eds) Cancer mapping. Berlin: Springer-Verlag, 1989.

- IEA. Cartografía Censal de Andalucía. Sevilla: Instituto de Estadística de Andalucía, 2004.

- Ocaña-Riola R, Saez M, Sánchez-Cantalejo C, Barceló MA, Fernández-Ajuria A, Saurina C. Protocolo de Investigación del Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía y Cataluña (Proyecto AMCAC). Revista Española de Salud Pública 2005; 79(6): 613-20.

- Ocaña-Riola R, Sánchez-Cantalejo C, Fernández-Ajuria A, Ruiz-Ramos M, Mayoral C, Méndez C et al. Atlas de Mortalidad de las Capitales de Provincia de Andalucía. Granada: EASP, 2007.

- Ocaña-Riola R, Saurina C, Fernández-Ajuria A, Lertxundi A, Sánchez-Cantalejo C, Saez M et al. Area deprivation and mortality in the provincial capital cities in Andalusia and Catalonia (Spain). Journal of Epidemiology & Community Health 2007 (in press).

- Rothman KJ. Epidemiología Moderna. Madrid: Díaz de Santos, 1987.

- Sloggett A., Joshi H. Higher mortality in deprived areas: Community or personal disadvantage? British Medical Journal 1994; 309: 1470-74.

- Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards? British Medical Journal 1997; 314:591-95.

- Yen IH, Kaplan GA. Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: Evidence from the Alameda County Study. International Journal of Epidemiology 1999; 28: 90-94.

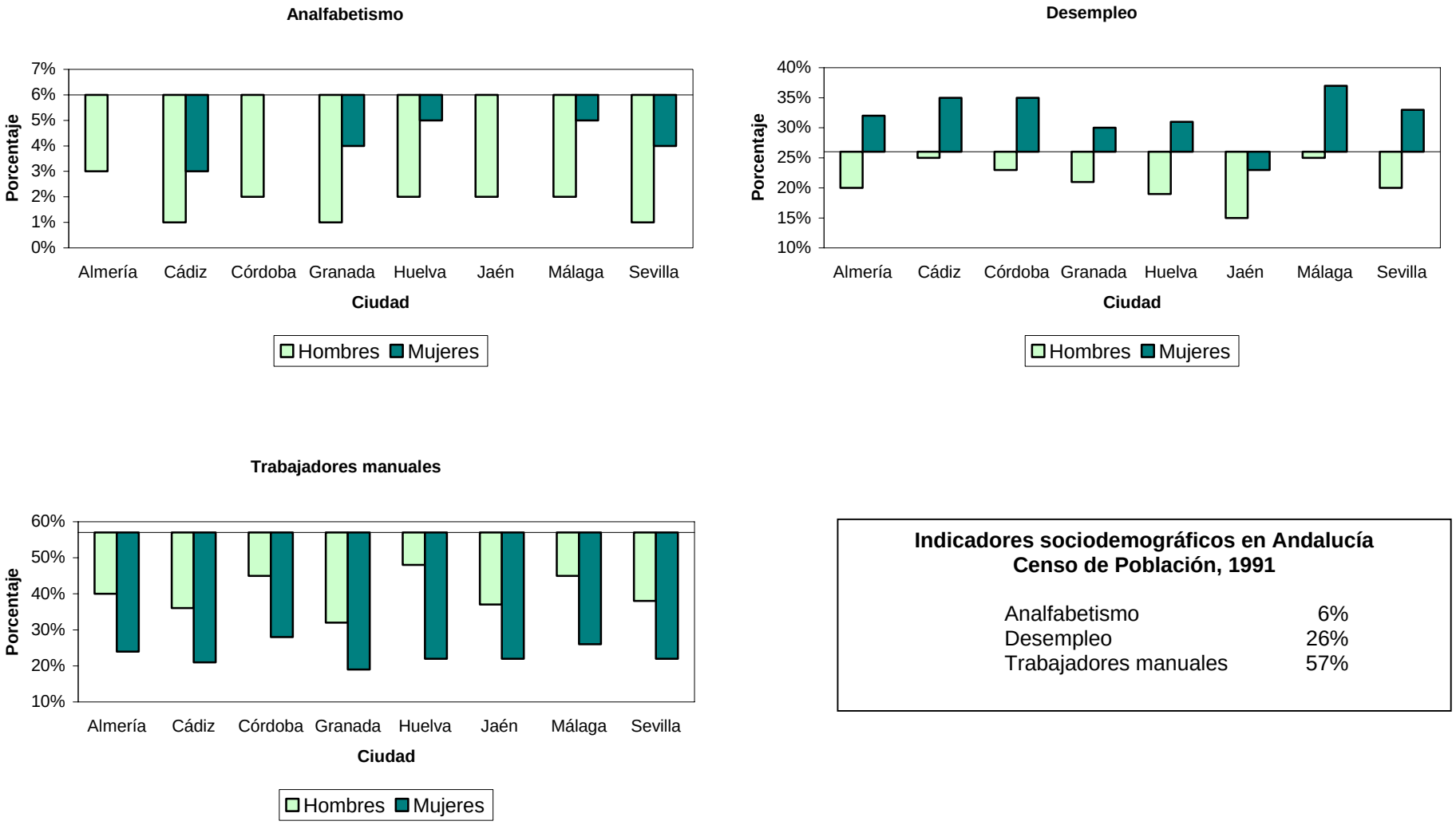
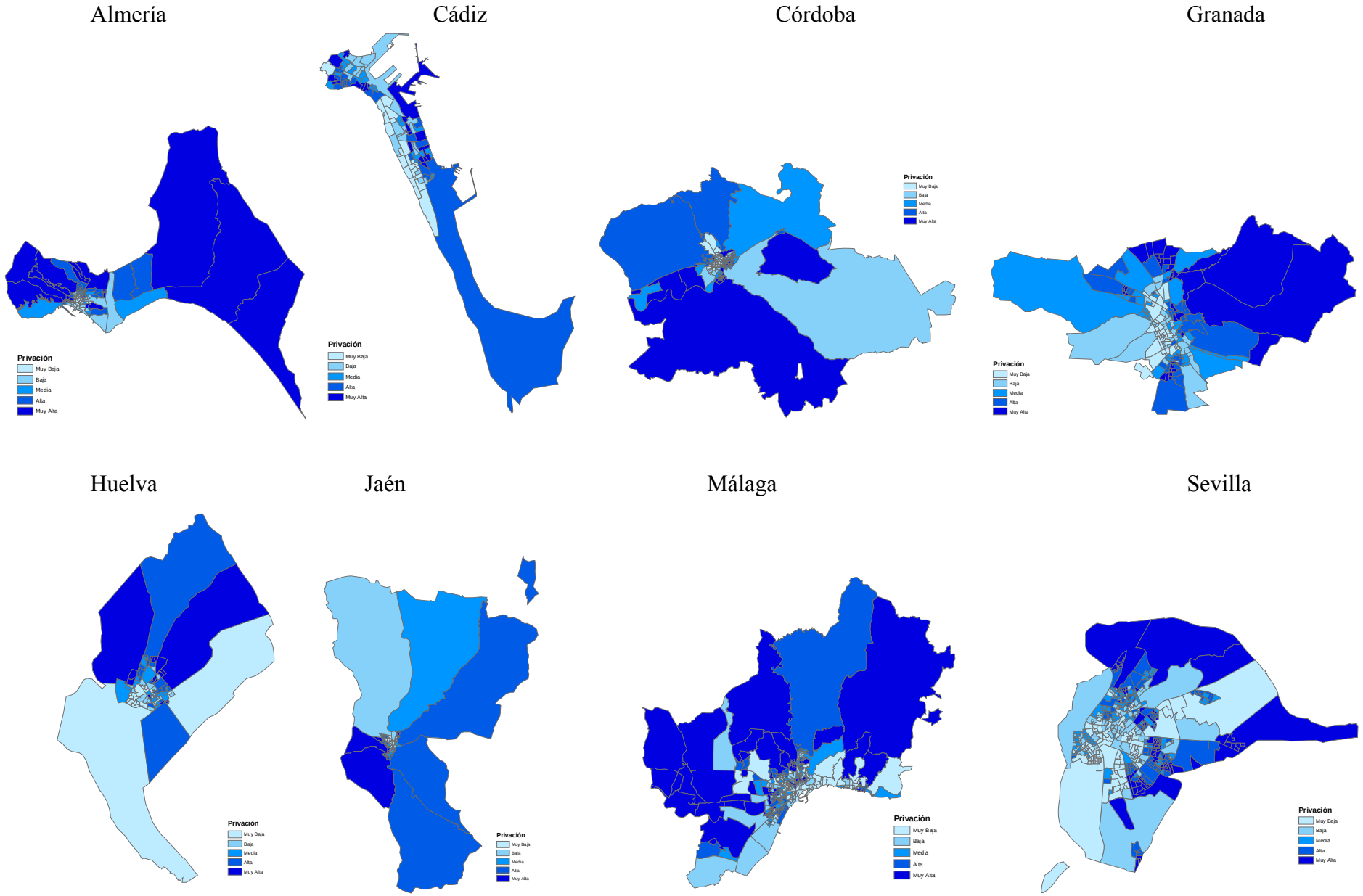
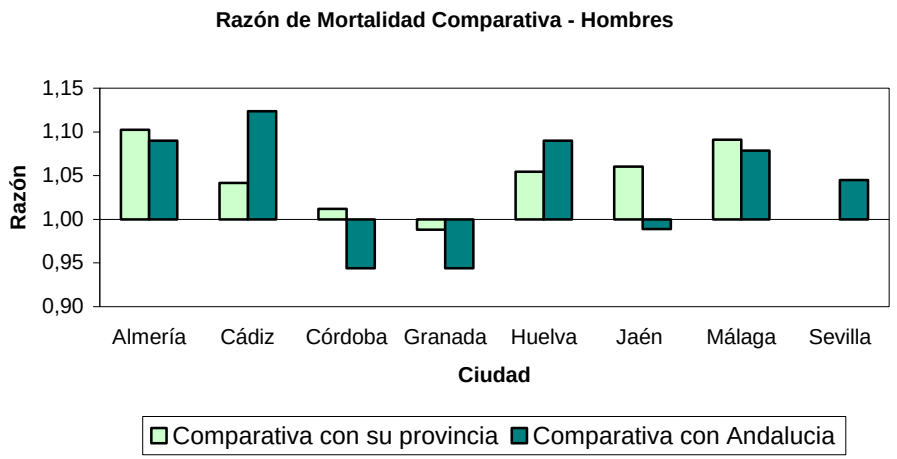
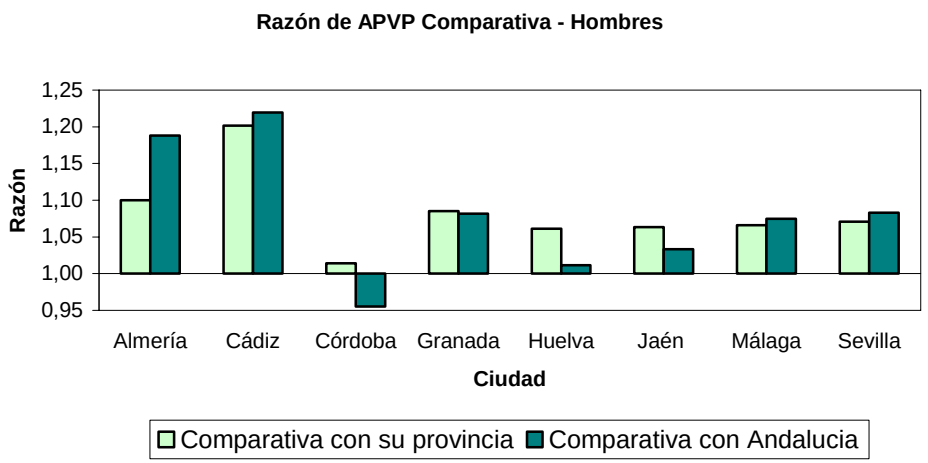


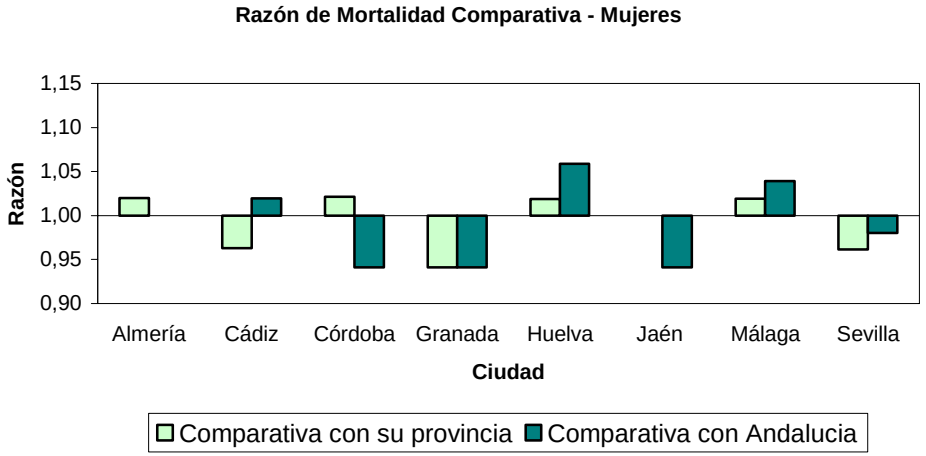
Figura 1. **Comparativa de indicadores sociodemográficos de cada ciudad con respecto a Andalucía (Censo de Población, 1991).**
Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007



Mapa 1. **Privación material en las secciones censales de las capitales de provincia de Andalucía.**
Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007







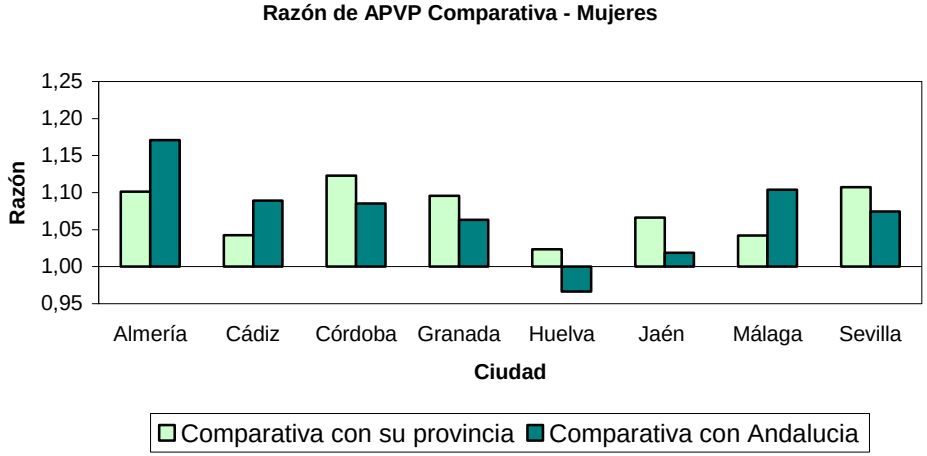
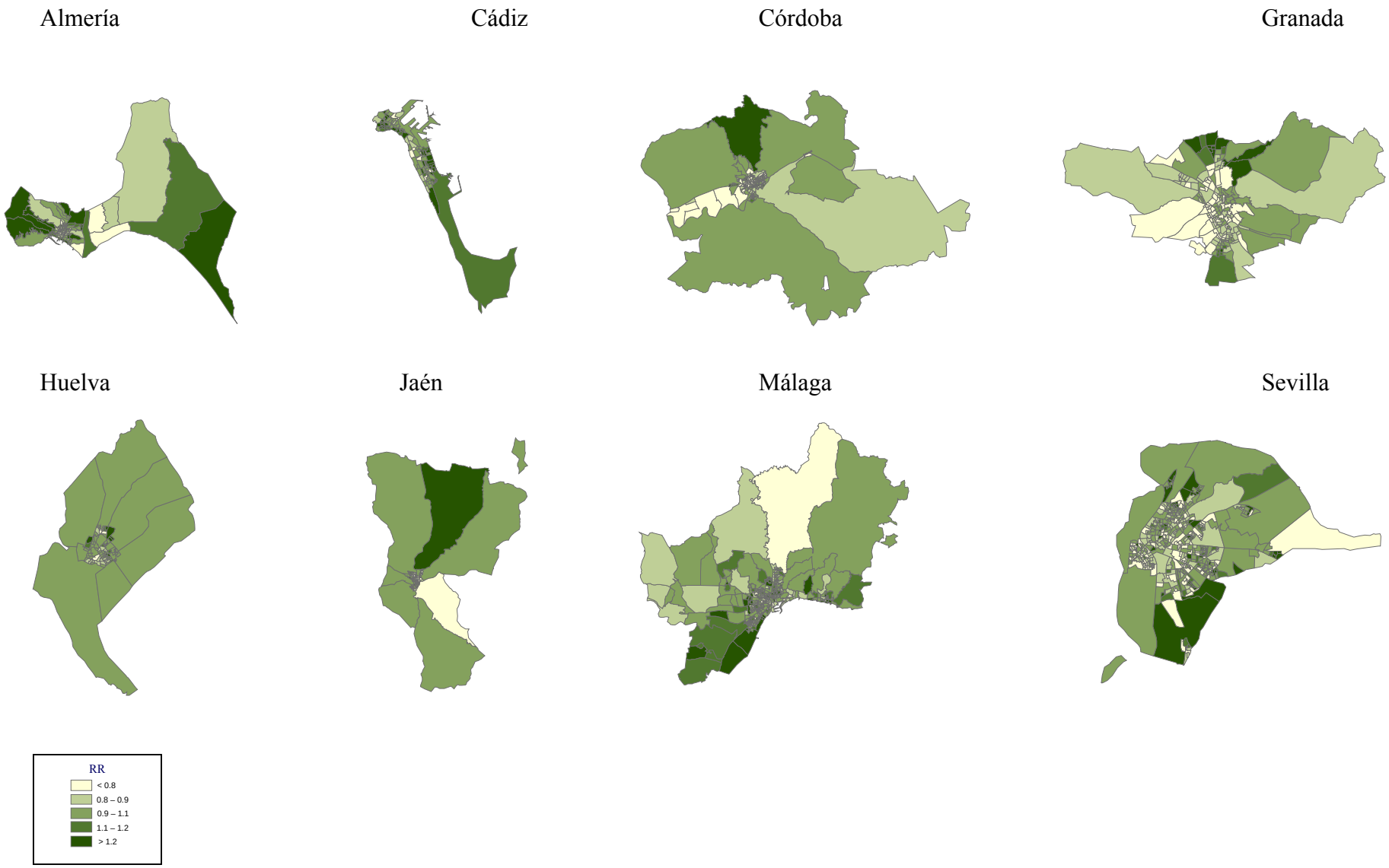
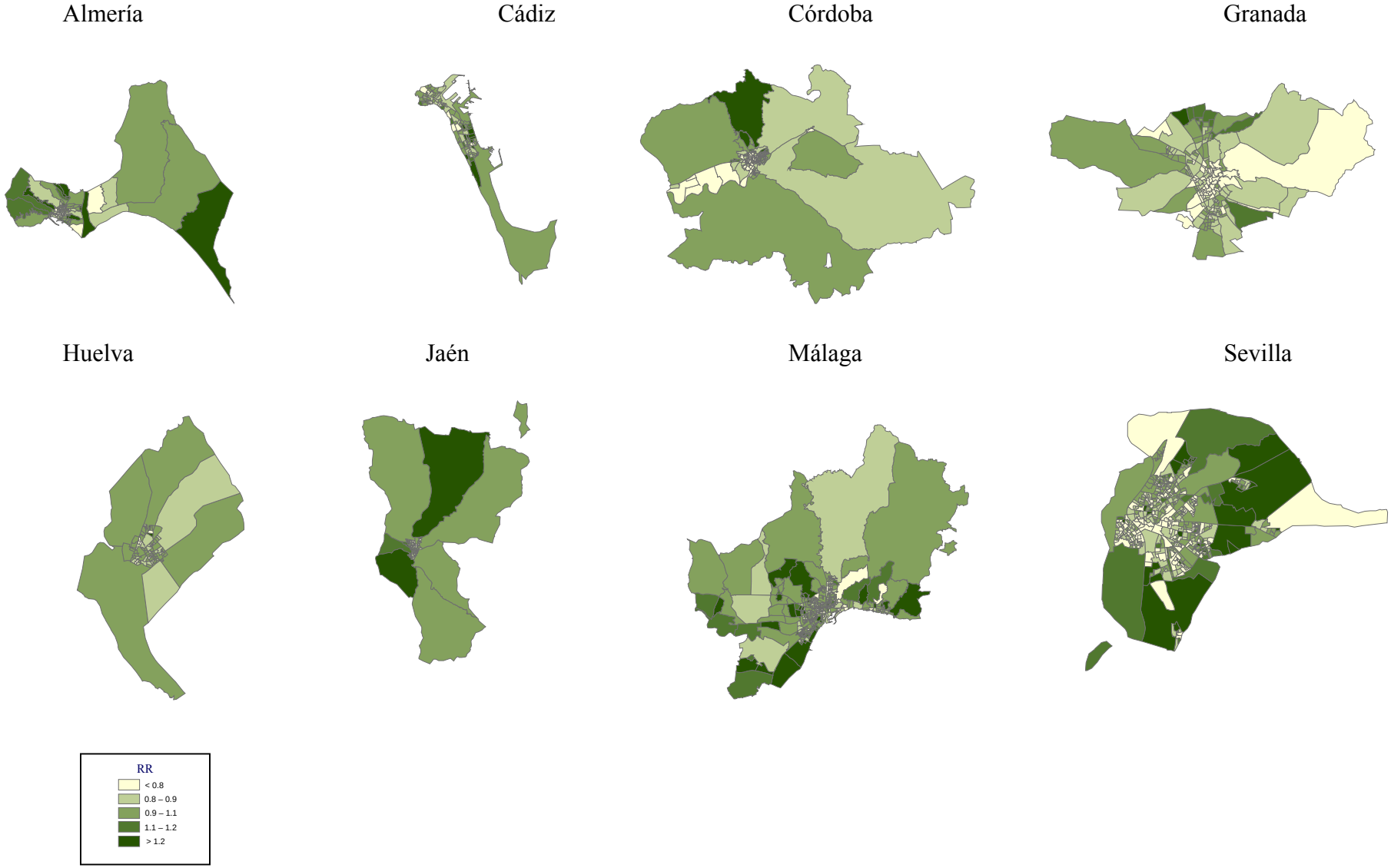


Figura 2. **Comparativa de mortalidad y APVP de cada ciudad con respecto a su provincia y Andalucía (periodo 1999-2002).**
Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007



Mapa 2. **Mortalidad general en hombres en las capitales de provincia de Andalucía (periodo 1992-2002).**
Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007



Mapa 3. **Mortalidad general en mujeres en las capitales de provincia de Andalucía (periodo 1992-2002).**
Fuente: *Atlas de Mortalidad de las Capitales de provincia de Andalucía*. Granada: EASP, 2007

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 5.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *El analfabetismo, definido como el número de personas analfabetas por cada 100 habitantes mayores de 10 año; el desempleo, dado por el número de desempleados por cada 100 personas activas y el porcentaje de trabajadores manuales, definido por el número de trabajadores manuales por cada 100 personas ocupadas, son tres indicadores utilizados con frecuencia en los estudios geográficos de áreas pequeñas para medir la privación material de las misma. Este concepto ha sido ampliamente utilizado en los estudios de desigualdades sociales para hacer referencia a la falta relativa de bienes, recursos o servicios de una población que están extendidos en la sociedad a la que pertenece.*

- En 1991, el porcentaje de analfabetos y trabajadores manuales en las capitales de provincia de Andalucía fue inferior, en ambos sexos, al registrado en la Comunidad Autónoma. El desempleo masculino también fue inferior en todas las ciudades, sin embargo, las tasas de desempleo en mujeres superaban las cifras registradas en el conjunto de Andalucía. En todas las ciudades, el porcentaje de mujeres analfabetas o desempleadas fue superior al de los hombres. En cuanto a la ocupación, el porcentaje de trabajadores manuales superó al de trabajadoras.

- *La mortalidad general y los años potenciales de vida perdidos (APVP) son dos de los indicadores utilizados con mayor frecuencia para monitorizar el estado de salud de la población. Algunas ciudades importantes de Andalucía, entre las que se encuentran sus capitales de provincia, se incluyen dentro de los municipios españoles con mayor mortalidad global y específica, hecho que en los últimos años ha fomentado la realización de estudios epidemiológicos específicos en estas zonas. en líneas generales, las capitales de provincia de Andalucía presentaron más mortalidad que la provincia a la que pertenecen e incluso que el conjunto de la Comunidad Autónoma, especialmente en hombres. Estas diferencias son aún más patentes en la mortalidad prematura dada por los APVP.*

- Los mapas de desigualdades socioeconómicas y mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía muestran algunas secciones censales socialmente desfavorecidas que también presentan unas tasas de mortalidad elevadas. Estudios realizados en nuestro entorno señalan que en las secciones censales con mayor privación material la mortalidad masculina fue entre un 24% y un 40% superior a la encontrada en las secciones censales con menor privación. Granada, Almería y Córdoba son las ciudades donde la diferencia de mortalidad entre ambos tipos de secciones censales fue mayor, mientras que el resto de capitales andaluzas presentaron diferencias menores

- *En cuanto a la mortalidad en mujeres, el exceso en las secciones censales con mayor privación material con respecto a las de menor privación no fue tan acusado. A pesar de que el riesgo relativo fue superior en las secciones censales más desfavorecidas, no existe una clara evidencia para afirmar que la diferencia con respecto a las secciones más favorecidas sea significativa. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios internacionales que sugieren una magnitud de asociación diferente en entre la privación material de las áreas geográficas y la mortalidad en hombres y mujeres.*

- Los resultados encontrados en los estudios geográficos realizados en las ciudades de Andalucía muestran diferencias en salud de las zonas más desfavorecidas, sin embargo es necesario la continuidad de las investigaciones y la realización de estudios con datos individuales que permitan explicar el exceso de riesgo en estas zonas e implementar estrategias de intervención locales orientadas a disminuir dichas desigualdades.

CAPÍTULO 6.

La posición socioeconómica, el trabajo y el medioambiente como determinantes de la salud y los estilos de vida en Andalucía.

Antonio Daponte Codina
Julia Bolívar Muñoz
Maria Natividad Moya Garrido

Escuela Andaluza de Salud Pública

"La desigualdad en salud es la peor de las desigualdades. No hay nada peor que saber que morirás antes porque eres pobre".

(Frank Dobson, político inglés, 1940)

1. Introducción.

Las desigualdades sociales se manifiestan como desigualdades en salud, de manera que las personas más desaventajadas tienen peores niveles de salud y enferman y mueren más que aquellas situadas en posiciones más favorecidas. Para entender estas diferencias en salud (injustas y evitables) hay que considerar los contextos sociopolíticos y socioeconómicos como determinantes estructurales de la desigualdad y su interacción con los determinantes sociales como la estructura social, dando lugar a exposiciones y vulnerabilidades diferenciales en los estilos de vida, en las condiciones de vida y trabajo, en el acceso al sistema sanitario, entre otros, incidiendo en un impacto desigual en la salud.[1-3] Como determinantes sociales pueden considerarse tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud.[4,5]

Existe abundante literatura sobre la relación entre la posición social individual y del contexto socioeconómico y diversos indicadores de salud, como la salud percibida, las enfermedades crónicas y ciertos comportamientos relacionados con la salud.[6,7] La salud percibida se considera un buen indicador de la salud y el bienestar de las personas, y es un fuerte predictor de morbimortalidad.[8,9] Por otra parte, los estilos de vida que se adoptan en la vida cotidiana están fuertemente vinculados con los niveles de salud de las personas. Se trata de conductas adquiridas a través del aprendizaje social, adquieren un significado social según la pertenencia cultural, son reconocidas como saludables o no saludables y están fuertemente influidas por la situación socioeconómica.

El consumo de tabaco y alcohol está fuertemente relacionado con diversas causas de muerte y enfermedades crónicas así como con el uso de servicios de salud.[10-12] La realización de actividad física se relaciona con la promoción de la salud, la rehabilitación, y la prevención de diversas enfermedades, como las coronariopatías, la hipertensión arterial, la diabetes y la osteoporosis, sin olvidar cómo afecta, junto con la dieta, al desarrollo de la obesidad.[13-15] Estos hábitos no se presentan de la misma forma en las poblaciones ya que es en los grupos sociales con bajos ingresos, bajos niveles educativos o clases manuales donde es más frecuente el consumo de tabaco y de alcohol, un mayor sobrepeso, una menor práctica de actividad física y una peor alimentación, si bien se observan patrones de desigualdad diferentes en hombres y en mujeres.[16-19]

Otros determinantes sociales como el trabajo, el medio ambiente social y físico son considerados importantes por su impacto en la calidad de vida y en la salud de las personas. Son ampliamente conocidos los efectos sobre la salud de las poblaciones de la exposición a contaminantes, y cada vez más trabajos [20-22] destacan su impacto diferenciado según la posición social individual y las características del área de residencia.[23] Asimismo existe una amplia evidencia sobre los efectos negativos de las transformaciones en el mercado de trabajo, en la salud de las personas.[24,25] El trabajo estructura gran parte de nuestro tiempo, provee de ingresos, da sentido a la vida y es fuente de apoyo social y de diversas formas de participación social,[26] sin embargo en estas últimas décadas se ha observado una transformación, caracterizados por el incremento del desempleo, trabajo eventual, a tiempo parcial, y un aumento de la proporción de personas que dejan de ser asalariadas.[27,28]

Considerando la importancia del estudio de las desigualdades, cabe destacar la falta en Andalucía de información disponible al respecto y de estudios con indicadores de morbilidad, de mortalidad o de utilización de servicios.

El objetivo de este capítulo es describir la evolución de las desigualdades sociales en la salud percibida, las enfermedades crónicas y los estilos de vida relacionados con la salud según el nivel educativo de mujeres y hombres en Andalucía, desde el año 1987 hasta el año 2003. Asimismo se describe la salud percibida de la población en Andalucía considerando las condiciones en las cuales la gente vive y trabaja, concretamente la calidad del medio ambiente del barrio o zona de residencia y la situación de empleo de las personas.

Nota: El apartado de material y métodos se introduce en el texto en forma de notas al pie en cada uno de los puntos de resultados.

2. Resultados.

2.1. Evolución de la salud percibida y las enfermedades crónicas.

Las mujeres presentan peores niveles de salud que los hombres, si bien la percepción de salud deficiente[a] ha descendido, del año 1987 al 2003 en un 34% para los hombres y un 36% para las mujeres en términos relativos. Este descenso es significativo en el caso de los hombres, concretamente en aquellos con estudios universitarios ($p<0,05$). En todo el periodo se observan desigualdades en la salud según el nivel educativo,[b] siendo aquellas personas de ambos sexos con estudios primarios o sin estudios quienes peores niveles de salud presentan, especialmente en el caso de las mujeres, que pasan de una desigualdad relativa en el año 1987 de un 24% a un 50% en el año 2003 (Tabla 1).

Desde el año 1987 ha aumentado la prevalencia[c] de enfermedades crónicas[d] en hombres y mujeres, y este aumento es significativo en el caso de los hombres ($p<0,05$) En el caso de las mujeres se presenta durante todo el periodo un claro patrón de desigualdad en perjuicio de las que tienen un menor nivel educativo, aunque la diferencia relativa entre éstas y las universitarias se reduce, del 35% en 1987 al 18% en 2003. En el caso de los hombres, la distancia entre los que tienen estudios universitarios y los que no tienen estudios fue del 22% en 1987 y del 12% en 2003 en términos relativos.

Tabla 1. **Prevalencias de salud deficiente y enfermedades crónicas, ajustadas por edad, para hombres y mujeres según nivel de estudios en Andalucía.**

	Hombres						Mujeres					
	1987	1993	1999	2001	2003	p	1987	1993	1999	2001	2003	p
Salud percibida deficiente												
E. Universitarios	18,7	15,8	14,7	14,6	10,4	***	29,4	12,5	17,0	28,7	14,6	NS
E. Secundarios	24,7	10,7	16,5	13,5	14,7	NS	27,4	34,6	19,4	30,0	17,7	NS
E. Primarios y sin estudios	28,6	34,7	24,9	29,1	22,1	NS	38,9	40,3	35,5	36,3	28,9	NS
Total	**72,1**	**61,2**	**56,1**	**57,3**	**47,3**	**	**95,8**	**87,5**	**71,9**	**95,0**	**61,2**	**NS**
Enfermedades crónicas												
E. Universitarios	17,4	29,2	30	27,1	25,9	NS	17,3	20,1	21,4	16,4	27,8	NS
E. Secundarios	21,4	29,6	29,2	21,7	30,5	NS	24,7	19,4	30,2	31,3	25,7	NS
E. Primarios y sin estudios	22,2	27,6	27,4	27,3	29,3	NS	26,4	28,5	32,3	26,1	33,7	NS
Total	**61,0**	**66,4**	**86,6**	**76,1**	**85,6**	***	**68,4**	**68,0**	**83,9**	**73,8**	**87,2**	**NS**

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, datos para Andalucía, 1987, 1993, 2001.Encuesta Andaluza de Salud, 1999, 2003. ***Elaboración:*** Escuela Andaluza de Salud Pública
* p<0,001;** p<0,01; **p<0,05; NS: No significativo

a. *Salud percibida:* Buena (muy buena, buena), Deficiente (regular, mala, muy mala).
b. *Nivel Educativo:* Sin estudios o E. Primarios (Analfabetos/as o sin estudios, Hasta 8º EGB, B. Elemental o similar, o hasta los 15 años) E. Secundarios (FPI, FIP, BUP, B. Superior o hasta los 19 años) E. Universitarios (Universitarios medios, superiores, o tercer grado).
c. Se han calculado las prevalencias correspondientes en hombres y mujeres para cada uno de los años. Se han estandarizado según edad, utilizando como referencia a la población española del año 2001 y se han ajustado por nivel educativo.
d. *Enfermedades crónicas:* No, Sí (Presencia de hipertensión, colesterol, diabetes, asma o bronquitis, enfermedades corazón o alergias).

2.2. El consumo de tabaco y de alcohol.

Los hombres presentan prevalencias más altas de consumo de tabaco[e]. A lo largo del periodo se observa una tendencia descendente en su consumo en el caso de los hombres ($p<0,01$), y para todos los niveles educativos, y ascendente en las mujeres ($p<0,05$), para las que se observan importantes diferencias según el nivel educativo. En el caso de los hombres, la distancia entre los grupos más y menos favorecidos es del 21% en el año 1987, y del 23% en el año 2003, en términos relativos. En las mujeres el consumo aumenta de manera significativa entre las que tienen un menor nivel de estudios ($p<0,001$), observándose una diferencia entre las universitarias y las que no tienen estudios de un 87% en el año 1987 -mayor en las universitarias- reduciéndose a un 12% en el año 2003, en términos relativos. (Tabla 2).

En cuanto al consumo de alcohol[f], de la misma forma que con el tabaco, los hombres presentan prevalencias más altas. Se ha producido un descenso significativo en su consumo durante el periodo analizado en ambos sexos, especialmente en las personas con estudios universitarios ($p<0,01$). En el año 1987 los hombres de mayor nivel educativo tienen la prevalencia más alta de consumo 79,8% -siendo este porcentaje un 3% superior a los que no tienen estudios-, y en el año 2003 se observa un mayor consumo entre los que no tienen estudios, un 7%, en términos relativos. La misma tendencia se observa en las mujeres, con una diferencia relativa del 16% en 1987 y pasa a una diferencia del 50% de las que no tienen estudios en el año 2003. (Tabla 2).

Tabla 2. **Prevalencias de consumo de tabaco y alcohol, ajustadas por edad, para hombres y mujeres según nivel de estudios en Andalucía.**

	Hombres						Mujeres					
	1987	1993	1999	2001	2003	p	1987	1993	1999	2001	2003	p
Consumo de tabaco												
Estudios Universitarios	50,1	51,4	38,4	36,2	36,1	***	34,8	38,7	34,5	27,5	31,0	NS
Estudios Secundarios	57,1	48,3	42,2	40,9	42,0	**	25,7	37,1	35,8	42,6	31,4	NS
Estud. Primarios y sin estudios	63,3	52,4	45,8	46,0	47,1	***	18,6	22,7	25,7	28,5	27,7	*
Total	**60,0**	**50,7**	**42,7**	**42,7**	**42,5**	**	**20,8**	**25,9**	**26,5**	**27,9**	**26,3**	***
Consumo de alcohol												
Estudios Universitarios	79,8	75,8	61,2	62,7	53,8	**	56,4	40,0	27,2	30,0	17,5	**
Estudios Secundarios	74,5	79,8	65,8	68,0	57,2	NS	61,3	54,3	34,9	53,0	31,3	NS
Estud. Primarios y sin estudios	77,6	67,2	66,6	75,7	57,8	NS	48,6	30,1	53,7	57,7	35,2	NS
Total	**77,9**	**69,4**	**62,5**	**64,6**	**54,4**	**	**48,9**	**35,0**	**31,8**	**34,7**	**21,1**	***

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, datos para Andalucía, 1987, 1993, 2001.Encuesta Andaluza de Salud, 1999, 2003. ***Elaboración:*** Escuela Andaluza de Salud Pública
* p<0,001;** p<0,01; **p<0,05; NS: No significativo

e. *Consumo de tabaco:* Fuma, No fuma.

f. *Consumo de alcohol* en las dos últimas semanas: Sí, No.

2.3. La obesidad y el sedentarismo.

La obesidad[g] es mayor en las mujeres, si bien en los hombres ha aumentado de forma significativa del año 1987 al año 2003 (p<0,001). En las mujeres la tendencia no está clara. Son los hombres y las mujeres de menor nivel educativo quienes presentan cifras más altas en todo el periodo. Desde 1987 se observa un incremento relativo de las desigualdades entre los grupos de mayor y menor nivel educativo, pasando de un 53% en el año 87 a un 64% en el año 2003 en el caso de los hombres y de un 39% a un 79% en el caso de las mujeres. (Tabla 3). El sedentarismo[h] en el tiempo libre es mayor en las mujeres. Se observa un descenso significativo entre el 1987 y el 2003 en ambos sexos. Son los hombres y las mujeres de menor nivel educativo quienes presentan cifras más altas en todo el periodo. Al igual que sucede con la obesidad, la desigualdad relativa entre los grupos ha aumentado en este período, afectando a los grupos más desfavorecidos especialmente en el caso de las mujeres. Así, en términos relativos, la diferencia en el año 1987 era del 18% y pasa a un 37% en el 2003 en las mujeres, y del 37% al 46% en los hombres. La práctica de actividad física está también relacionada con el entorno en el cual se desarrolla la vida de las personas. Tal y como se observa en el gráfico 1, presentan una prevalencia más alta de sedentarismo quienes consideran que no hay zonas verdes[i] en el barrio, siendo más sedentarios los hombres y las mujeres sin estudios que viven en barrios sin zonas verdes, el 31,3% y el 43,5%.

Tabla 3. **Prevalencias de obesidad y sedentarismo, ajustadas por edad, para hombres y mujeres según nivel de estudios en Andalucía.**

	Hombres						Mujeres					
	1987	1993	1999	2001	2003	p	1987	1993	1999	2001	2003	p
Obesidad												
E. Universitarios	5,5	10,2	8,3	9,4	6,2	NS	8,5	2,9	2,7	6,7	3,7	NS
E. Secundarios	4,3	12,0	13,8	12,6	14,3	***	14,0	4,0	8,6	2,8	9,0	NS
E. Primarios y sin estudios	11,8	12,2	15,7	16,6	17,1	**	13,9	15,9	17,5	19,7	17,9	***
Total	**9,6**	**12,1**	**14,5**	**14,9**	**15,2**	*	**14,1**	**12,8**	**13,8**	**16,9**	**14,7**	**NS**
Sedentarismo												
E. Universitarios	43,4	38,6	27,3	28,9	30,4	***	68,8	28,1	33,5	38,9	37,2	NS
E. Secundarios	50,2	31,0	40,2	36,0	40,8	NS	67,4	53,6	48,7	55,5	48,2	NS
E. Primarios y sin estudios	68,9	56,4	54,2	53,1	56,2	NS	84,2	75,0	62,2	65,0	59,5	*
Total	**62,6**	**50,4**	**48,2**	**48,0**	**49,1**	***	**79,7**	**69,7**	**58,9**	**61,8**	**55,5**	*

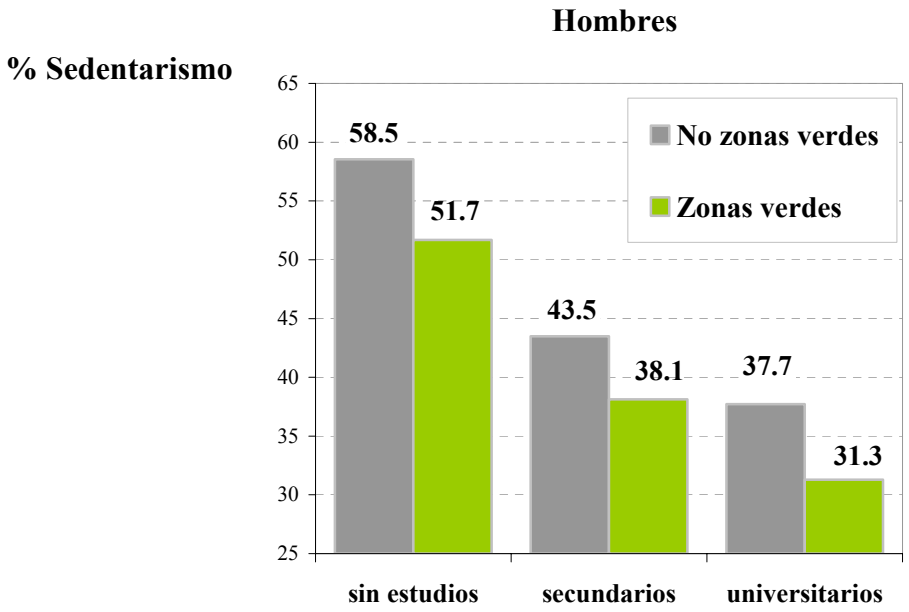
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, datos para Andalucía, 1987, 1993, 2001.
Encuesta Andaluza de Salud, 1999, 2003. ***Elaboración:*** Escuela Andaluza de Salud Pública.
* p<0,001;** p<0,01; **p<0,05; NS: No significativo

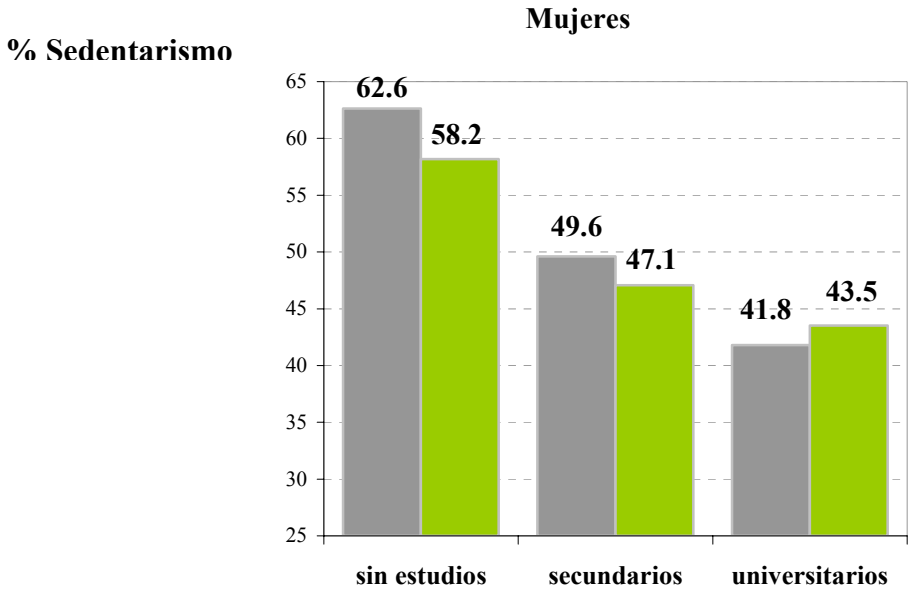
g. *Índice de masa corporal*: Peso Normal, Obesidad (índice de Masa Corporal => 30.0)

h. *Actividad física en tiempo libre*: Sedentarismo (ninguna), Realiza actividad física (ocasional o regularmente).

i. *Zonas verdes suficientes* en el barrio: No (nada) , Si (algunas, muchas).

Gráfico-1. **Prevalencias ajustadas por edad, de sedentarismo según nivel educativo y existencia de zonas verdes en el área de residencia, año 1999-2003.**





Fuente: Encuesta Nacional de Salud, datos para Andalucía..Encuesta Andaluza de Salud.
Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.
***Test de hipótesis*:** para todos los niveles educativos Hombres: ($p<0,01$); Mujeres: sin estudios ($p<0,01$), con estudios secundarios o universitarios NS.

2.4. La dieta.

Los hombres y las mujeres presentan hábitos alimenticios diferentes, (Tabla 4) siendo más frecuente entre las mujeres un mayor consumo de fruta y verdura y entre los hombres un mayor consumo de pan, cereales y legumbres.[j] En el caso de los hombres, se observa un claro patrón de desigualdad en función de la clase social[k], de modo que a posición más favorecida, mayor es el número de hombres que consumen fruta y verdura. Para las mujeres, el patrón de desigualdad se observa especialmente al considerar el nivel de estudios, siendo las universitarias las que en mayor medida consumen frutas y verduras.

Casi la mitad de la población consume legumbres al menos una o dos veces semanales. Con respecto al consumo de pan y otros cereales prácticamente la totalidad de la población declaran tomarlos diariamente. De nuevo, entre los hombres se observa un patrón de desigualdad, siendo la Clase I (la más alta) quien en mayor medida toma legumbres y cereales. Para las mujeres la desigualdad se presenta, en el mismo sentido, en función del nivel de estudios, si bien en el caso del consumo diario de pan y otros cereales es más frecuente entre las mujeres con menores niveles educativos.

Tabla 4. **Porcentaje de personas que consumen fruta, verdura y cereales diariamente y legumbres una o dos veces por semana por clase social y nivel educativo. Andalucía, año 2003.**

	Consumo diario de fruta		**Consumo diario de verdura**		**Legumbres una o dos veces por semana**		**Consumo diario de pan y otros cereales**	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Clase social								
Clase I	73,4	69,0	45,3	46,9	51,2	52,4	87,2	88,8
Clase II	70,2	69,7	41 2	56,0	49,2	44,8	86,6	83,4
Clase III[a]	60,9	70,9	33,2	35,8	47,5	46,3	86,5	80,2
Nivel educativo								
E.Universitarios	65,6	72,4	44,5	53,4	49,8	49,9	89,9	80,7
E.Secundarios	64,7	70,5	44,3	43,2	53,4	49,0	88,6	79,8
E.Primarios y sin estudios	59,5	67,3	31,4	40,6	43,0	44,6	87,3	84,1
Total	**63,6**	**70,4**	**34,1**	**43,6**	**48,4**	**46,8**	**86,0**	**83,5**

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003.
***Elaboración*:** Escuela Andaluza de Salud Pública.
Test de hipótesis: en hombres y en mujeres respecto a Clase Social y a Nivel educativo($p<0.001$) para todas las variables.
[a] Incluye las Clases III y IV.

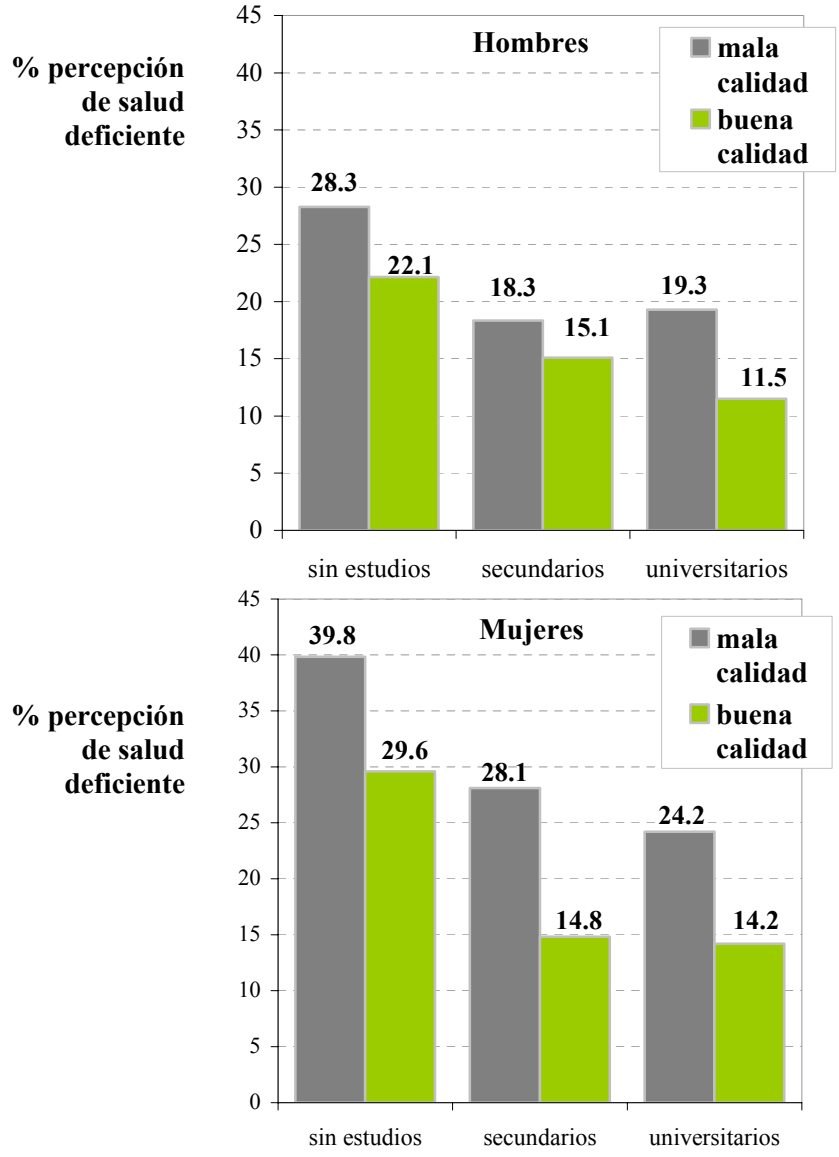
j. *Dieta:* Consumo diario de frutas, verduras, pan y otros cereales, y consumo de legumbres una o dos veces por semana.

k. *Clase Social:* Clase I (Directivos/as o profesionales universitarios/as), Clase II (Administrativos/as, servicios personales, por cuenta propia, supervisores) Clase III (Manuales cualificados/as, semicualificados/as, no cualificados/as). Realizada a partir de la Clasificación basada en las ocupaciones de la Sociedad Española de Epidemiología.

2.5. El medio ambiente físico y la salud percibida.

Las personas que consideran que sus barrios son de mala calidad[l] medioambiental, perciben con mayor frecuencia su estado de salud como deficiente (Gráfico 2). Esta relación se observa tanto en hombres como en mujeres y en cada uno de los niveles de estudios, aunque entre las mujeres la percepción de salud deficiente es más alta. Se observa un mayor número de personas que perciben su salud como deficiente entre las personas que consideran que sus barrios son de mala calidad medioambiental en los grupos de hombres y mujeres que no tienen estudios, el 28,3% y el 39,8% respectivamente.

Gráfico 2**. Prevalencias ajustadas por edad, de percepción de salud deficiente según nivel educativo y calidad del medio ambiente, años 1999-2003.**



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. ***Elaboración:*** Escuela Andaluza de Salud Pública**.**
Test de hipótesis: Para cada nivel de estudio, Hombres: (p<0,01); Mujeres: (p<0,05).

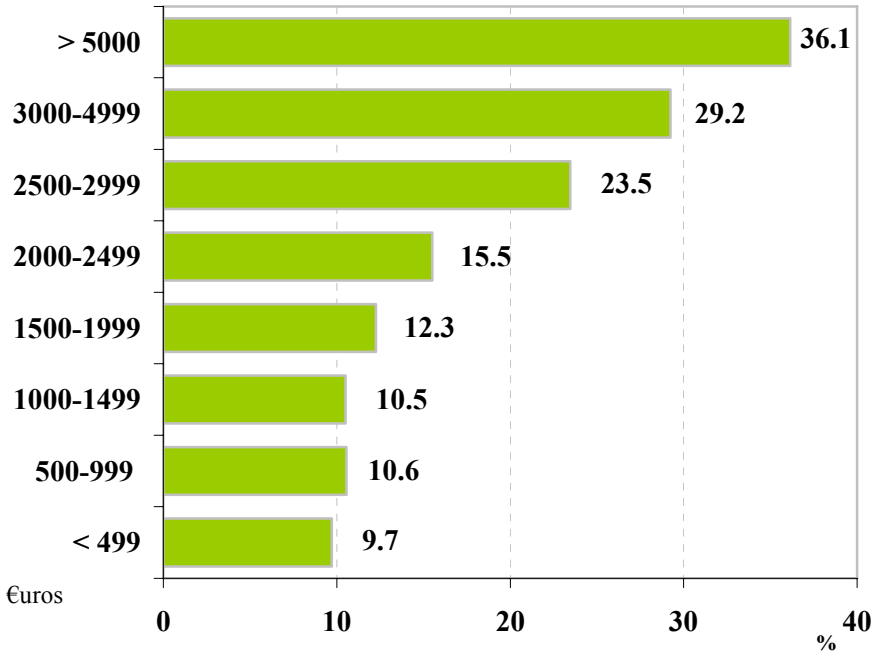
l. La *calidad del medio ambiente* de tu barrio es: Buena (muy buena, buena), Mala (regular, mala, muy mala).

2.6. El nivel de ingresos del hogar y el medio ambiente físico.

El Gráfico 3 muestra la relación existente entre los ingresos netos del hogar y la percepción de las personas sobre la existencia de zonas verdes en el barrio, observándose como en el 36,1% de los hogares con ingresos de más de 5.000 euros las personas consideran que hay muchas zonas verdes, frente al 9,7% de los hogares con unos ingresos inferiores a los 500 euros, es decir 3,72 veces mejor percepción entre las personas con mayores ingresos que en las de menores ingresos. Por debajo de los 1500 euros de ingresos netos del hogar prácticamente no existen diferencias en la percepción de las personas sobre la existencia de zonas verdes en el barrio. A partir de esta cifra la percepción crece de forma exponencial a medida que aumentan los ingresos netos del hogar. La desigualdad es evidente y muy importante.

Podemos concluir que las personas que viven en hogares con bajos ingresos viven en zonas con muy escasas zonas verdes, lo que señala muy probablemente una peor calidad ambiental de sus lugares de residencia.

Gráfico 3. **Percepción de la existencia de muchas zonas verdes, según el nivel de renta en euros. Andalucía, año 2003.**

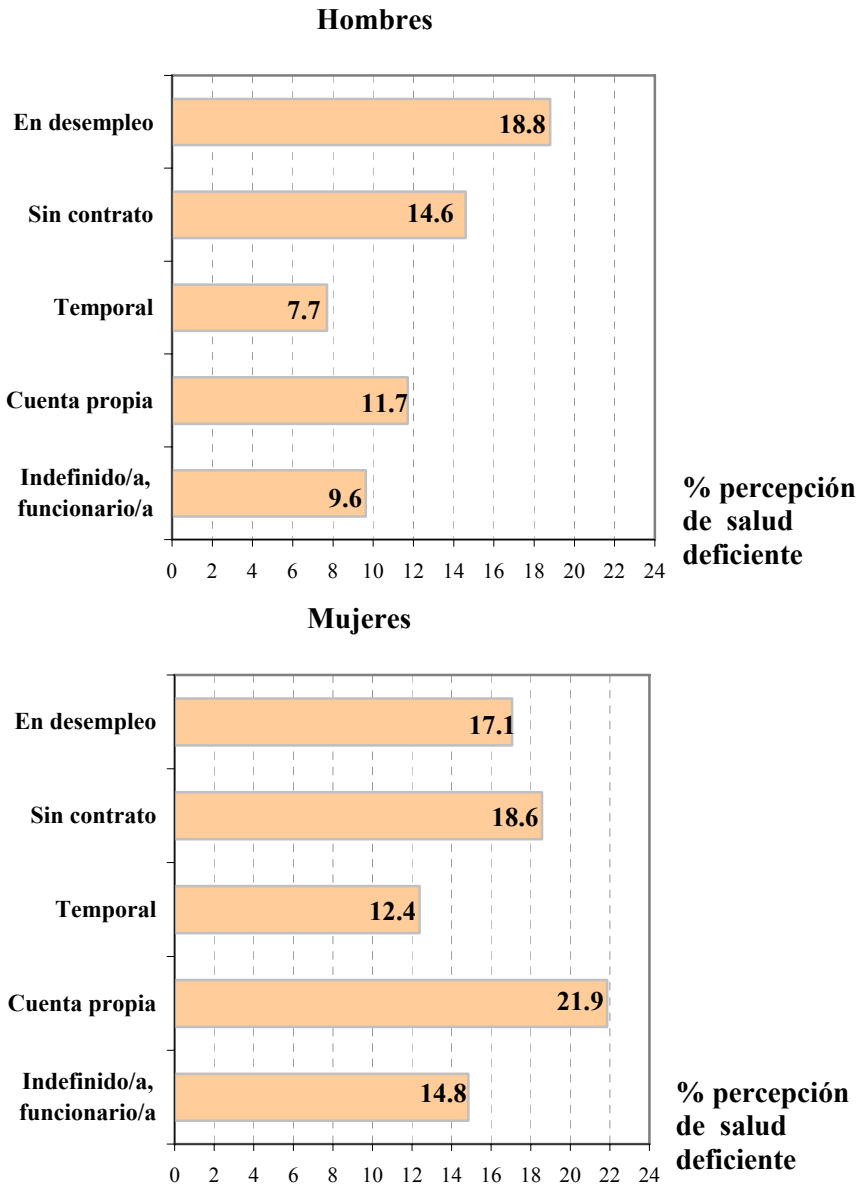


Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003.
Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública.
Test de hipótesis: (p<0,001)

2.7. Las condiciones de empleo y salud percibida.

El Gráfico 4 presenta las prevalencias ajustadas por edad de la salud deficiente en personas ocupadas y desempleadas de 16 a 64 años en Andalucía. Hay un mayor número de hombres con salud deficiente entre los que están en situación de desempleo (18,8%), seguido de aquellos que trabajan sin contrato (14,6%). En las mujeres, en cambio, la peor salud se da entre las que trabajan por cuenta propia o no son asalariadas (21,9%), seguido de las que trabajan sin contrato de trabajo (18,6%).

Gráfico 4. **Prevalencias ajustadas por edad, de percepción de salud deficiente según la situación de empleo[m] de hombres y mujeres, año 2003.**



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. ***Elaboración*:** Escuela Andaluza de Salud Pública.
Test de hipótesis: Hombres:*; Mujeres:NS.

m. *Situación de empleo:* Contrato indefinido o funcionario/a, Por cuenta propia o no asalariado/a, Contrato temporal, Trabajar sin contrato, Estar en desempleo.

3. Discusión.

En Andalucía se observa un aumento de las desigualdades en la salud percibida, así como en los estilos de vida. Este aumento se encuadra en el patrón de incremento de las desigualdades en España, que podría ser explicado por una disminución de la percepción negativa de la salud o de la mortalidad en el conjunto de la población, pero la magnitud de ese descenso podría ser mayor en los sujetos con mayor nivel de estudios.[6,29] Así, por ejemplo en los hombres, el aumento de las desigualdades en el hábito tabáquico se debe principalmente a que la tendencia de disminución es mucho más rápida en los niveles educativos elevados. El aumento o disminución diferencial de acuerdo al nivel educativo en hombres y mujeres se debe a tasas distintas de abandono y de iniciación en los diferentes niveles educativos,[16,30] siguiendo la misma tendencia que los países en un estadio más avanzado de la epidemia del tabaco.[31,32] En la misma línea, el consumo de alcohol ha pasado de ser más frecuente en hombres y mujeres de niveles educativos más altos en 1987, a los más bajos en el año 2003.

La obesidad ha aumentado, especialmente en los hombres, así como las desigualdades en obesidad para ambos sexos, en perjuicio de las personas con menor nivel educativo. La literatura científica apunta a que a medida que aumenta la posición social y el nivel educativo, los mensajes sobre hábitos saludables que se ofrece desde las diferentes instancias es mejor conocida y comprendida.[16,33,34] Del mismo modo, el mayor sedentarismo entre los grupos más desfavorecidos se ha constatado[35,36] como el resultado de una escasez de recursos económicos –que podrían limitar la asistencia a centros como gimnasios- o la alta actividad física durante la jornada laboral, más propia de las clases manuales -como inhibidora del ejercicio en el tiempo libre en estos grupos- o a la escasez de espacios verdes, entre otros.[37,38] En este sentido, tal y como se observa en este capítulo, la percepción de la calidad medioambiental y la posición socioeconómica de las personas están estrechamente unidas, identificando una situación de desigualdad social y de género que señala que quienes viven en barrios de mala calidad ambiental (ruidos, contaminación,...) tienen peores niveles de salud y son más sedentarias que quienes viven en ambientes más saludables, [21,22] poniendo de relieve que los entornos saludables están directamente relacionados con el desarrollo de políticas públicas, no exclusivas del ámbito de la salud.[20,39]

La posición social individual también incide en la dieta, entre otros aspectos, en el gasto en alimentación en la familia, de modo que en los hogares más desfavorecidos es más frecuente una dieta de alimentos de alto contenido energético, con más grasas y azúcares, más económicos que los alimentos frescos. [40] Por otro lado, las prácticas de alimentación están sujetas a condicionantes como el tiempo disponible, la negociación con los miembros de la familia o la estructuración de los gustos a lo largo de la vida. En su alimentación, las personas no consideran únicamente criterios de salud.[33]

Finalmente se ha abordado en este capítulo de manera sucinta el trabajo, por tratarse de un importante determinante social de la salud. Partiendo de la base de que, además de las condiciones del trabajo, las condiciones del empleo tienen un impacto en la salud de las personas, se ha considerado la precariedad laboral como las situaciones diferentes al ser estable (indefinido/a, funcionario/a) como el estar en desempleo, el trabajar sin contrato, por cuenta propia o ser temporal

y su relación con la salud percibida, observándose cómo afecta el desempleo y el trabajar sin contrato en la salud de hombres y mujeres.[41,42] El trabajar sin contrato está ampliamente asociado a unas malas condiciones del propio puesto, inseguridad por la pérdida real del trabajo y a puestos de baja cualificación.[43] En las mujeres de nuestro estudio este tipo de relación se da principalmente en el servicio doméstico (datos no mostrados). El trabajar por cuenta propia o no ser asalariado también se ha asociado en la literatura a largas horas de trabajo, a mayores niveles de estrés, y a malas condiciones de trabajo.[44] En un estudio realizado en el 2003 las personas desempleadas y con contratos atípicos presentaban peores niveles de salud que las que tenían contratos temporales.[45] Ello puede explicarse por ser más frecuente la temporalidad entre la población más joven, con una mejor salud, y los efectos notarse en edades adultas, aunque también se ha evidenciado en los y las temporales[46] una mayor morbilidad psicológica, una mayor accidentabilidad laboral, insatisfacción en el trabajo, una mayor mortalidad por causas relacionadas con el alcohol y el tabaco y otras patologías [43,47]

La baja morbilidad en la temporalidad contractual puede también ser explicada por el contexto o entorno y la estabilidad del mismo. Una menor morbilidad puede darse en áreas donde temporalidad y desempleo son altos, como el caso de Andalucía, ya que estos grupos de personas pueden ser más heterogéneas en sus características. Otra posible explicación puede encontrarse en la ausencia de exposiciones prolongadas y riesgos en el trabajo, a diferencia de las personas con trabajo estables por parte de las temporales.[48]

4. Conclusiones.

1. Las mujeres tienen una peor salud que los hombres, y son las personas con menor nivel educativo quienes peor salud presentan, así como una mayor prevalencia en enfermedades crónicas. Las desigualdades en salud percibida han aumentado del año 1987 al 2003.

2. El consumo de tabaco presenta patrones diferentes entre hombres y mujeres. Desde 1987 son los hombres de niveles educativos más bajos los que presentan un mayor consumo. En las mujeres, en cambio, si bien en 1987 eran las de mayor nivel educativo las que presentan frecuencias más altas, en el año 2003 éstas se dan en los otros niveles. En el consumo de alcohol las desigualdades entre los diferentes grupos han aumentado desde 1987. En el año 2003 las frecuencias más altas se observan en los hombres y las mujeres con menor nivel de estudios.

3. La obesidad y las desigualdades en obesidad aumentan desde 1987 hasta 2003 para hombres y mujeres. Las personas con niveles educativos más bajos presentan frecuencias más altas. El sedentarismo se ha reducido, pero han aumentado las desigualdades. Además de la posición social individual, las características socioeconómicas del área de residencia inciden en los estilos de vida y en la calidad medioambiental. La dieta en hombres y mujeres en Andalucía no es la óptima y también se observan desigualdades en los hábitos alimenticios cuando se considera el nivel educativo y la clase social.

4. Entre los hombres y las mujeres que consideran que la calidad del medio ambiente es mala hay una mayor prevalencia de salud deficiente. Es en los hogares donde hay mayores ingresos donde es más frecuente considerar que en sus barrios hay muchas zonas verdes, indicador éste de calidad medioambiental.

5. Los hombres desempleados y los que trabajan sin contrato presentan una peor salud respecto a aquellos con un contrato estable. En el caso de las mujeres en primer lugar aparecen, con peor salud, las que trabajan sin un contrato, seguido de las desempleadas.

5. Recomendaciones.

1. Es necesario el desarrollo de estrategias públicas y programas intersectoriales para que las personas puedan hacer elecciones saludables, en entornos saludables, que potencien su salud y calidad de vida. La calidad medioambiental y del trabajo, o la promoción de estilos de vida saludables entre los grupos más desfavorecidos deben configurarse como un objetivo de primer orden desde las diferentes instancias políticas.

2. Los programas poblacionales y las políticas públicas orientadas a la reducción de desigualdades sociales, dirigidas a la población general y a los grupos más desfavorecidos, deben constituirse como herramienta fundamental, ya que los factores de riesgo para la salud afectan con mayor frecuencia a la población con mayor deprivación.

3. Las encuestas de salud, fuente de información de este Informe, son recursos de primer orden para conocer el estado de salud de la población andaluza y evaluar su desarrollo. Sería conveniente encuadrarlas en un Sistema Integral de Información sobre la salud de Andalucía, de carácter continuo, garantizando la complementariedad de fuentes (registros, encuestas, etc), y orientado a la prevención y control de problemas de salud.

6. Bibliografía.

1. Gunning-Schepers LJ. Models: instruments for evidence based policy. J Epidemiology Community Health; 53:263, 1999.

2. Mackenbach J, Bakker M. Reducing Inequalities in Health, a European Perspective. Routledge, 2002.

3. Evans T, Whitehead M, Diderischsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging Inequities in Health from Ethics to Action, Oxford University Press, 2001.

4. Krieger N. A glossary for social epidemiology. J. Epidemiol Community Health. 2001; 55: 693-700.

5. Wilkinson R, Marmot M eds. Social determinants of health : the solid facts 2nd ed. WHO, Copenhague. 2003.

6. Regidor E, Martinez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Dominguez V. Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. Gac Sanit. 2006; 20(3):178-82.

7. Muntaner C, Borrell C, Benach J, Pasarin MI, Fernandez E. The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. Int J Epidemiol. 2003; 32(6):950-58.

8. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and mortality: a review of twenty seven community studies. J Health Soc Behav.1997;38:21-37.

9. Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. Lancet 2002; 359(9302):187-88.

10. Gonzalez EJ, Villar AF, Banegas B, JR, Rodriguez AF, Martin Moreno JM. Trends in the mortality attributable to tobacco use in Spain, 1978-1992: 600,000 deaths in 15 years. Med Clin (Barc). 1997; 109(15):577-82.

11. Jane M, Borrell C, Nebot M, Pasarin MI. Impact of smoking and alcohol consumption on mortality in the population of Barcelona [Spain]: 1983-1998. Gac Sanit. 2003; 17(2):108-15.

12. Artazcoz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. Adult health. Gac Sanit .2004; 18 Suppl 1:56-68.

13. Unión Europea. Libro Verde(COM (2005) 637 final). Disponible en: http: //europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11542b.htm [Acceso el 15/12/2006].

14. Neira M, de Onis M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. Br J Nutr. 2006; 96 Suppl 1:S8-11.

15. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. BMJ. 2005; 331(7517):611-12.

16. Fernandez E, Schiaffino A, Garcia M, Borras JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. J Epidemiol Community Health. 2001; 55(10):729-30.

17. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the eu concerted action 'gender, culture and alcohol problems: a multi-national study'. Alcohol Alcohol Suppl. 2006; 41(1):i26-i36.

18. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. Public Health Nutr. 2001; 4(2B):701-09.

19. Elizondo-Armendariz JJ, Guillen GF, Aguinaga OI. Prevalence of physical activity and its relationship to sociodemographic variables and lifestyles in the age 18-65 population of Pamplona, Spain. Rev Esp Salud Publica. 2005; 79(5):559-67.

20. Rutten A, Abel T, Kannas L et al. Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. J Epidemiol Community Health. 2001; 55(2):139-46.

21. Stafford M, Cummins S, Macintyre S, Ellaway A, Marmot M. Gender differences in the associations between health and neighbourhood environment. Soc Sci Med. 2005; 60(8):1681-92.

22. Wen M, Browning CR, Cagney KA. Poverty, affluence, and income inequality: neighborhood economic structure and its implications for health. Soc Sci Med. 2003; 57(5):843-60.

23. Giles-Corti B, Donovan RJ. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. Prev Med. 2002; 35(6):601-11.

24. Amable M., Benach J., González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. Arc Prev Riesgos Labor. 2001; 4(4): 169-84.

25. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortes I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. Am J Public Health. 2004; 94(1):82-88.

26. Artazcoz L., Cortes I., Benach J., Benavides F.G.. Les desigualtats en la salut laboral. En: Borrell C., Benach J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Ed. Mediterrània. 2003.

27. Golsch K. Employment flexibility in Spain and its impact on transitions to adulthood. Work, employment and society. 2003; 17(4):691-18.

28. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Datos I y IV Trimestre. 2005.

29. Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz MT. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. Eur J Public Health. 2001, 112:225-26.

30. Schiaffino A, Fernandez E, Borrell C, Salto E, Garcia M, Borras JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. Eur J Public Health. 2003, 131:56-60.

31. Jarvis MJ, Wardles J. Social pattering of individual health behaviors: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social Determinants of Health. New York. Oxford University Press: 1999: 256-74.

32. López AD., CollishawNE., Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. Tobacco Control. 1994, 3:242-47.

33. Martín-Criado E, Moreno-Pestaña JL. Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 2005.

34. Gutierrez-Fisac JL,Regidor E, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F. The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and

1995/1997. J Epidemiol Community Health. 2002; 56:457-60.

35. Soriguer F, Rojo-Martínez I, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana MS, Catalá M, Merelo MJ, Beltrán M, Tinahones FJ. Prevalence of Obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors. Eur J Epidemiology. 2004; 19:33-40.

36. Aranceta J, Perez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Ribas L, Quiles-Izquierdo J, Vioque J, Foz M and Spanish Collaborative Group for the Study of Obesity. Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study. European Journal of Clinical Nutrition. 2001; 55, 430-35.

37. Osler M, Clausen JO, Ibsen KK, Jensen GB.. "Social influences and low leisure-time physical activity in young Danish adults". Eur J Public Health. 2001; 11(2):130-34.

38. Vest J, Valadez A. Perceptions of Neighborhood Characteristics and Leisure-Time Physical Inactivity. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2005; 54(37).

39. Junta de Andalucía. III Plan Andaluz de Salud. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Sevilla. 2003.

40. James WP, Nelson M, Ralph A, Leather S. Socioeconomic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health. BMJ. 1997;314 (7093): 1545-49.

41. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux AV, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. J Epidemiol Community Health. 2000; (54):494-01.

42. Wen M, Hawkley LC, Cacioppo JT. Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: an analysis of older adults in Cook County, Illinois. Soc Sci Med. 2006; 63(10):2575-90.

43. Benavides, F G, Benach, J, Muntaner, C, Delclos, G L, Catot, N, Amable, M. Associations between temporary employment and occupational injury: what are the mechanisms? Occup Environ Med. 2006 63: 416-21.

44. Benach J, Gimeno D, Benavides FG, Martinez JM, Torne MM. Types of employment and health in the European union: changes from 1995 to 2000. Eur J Public Health. 2004; 14(3):314-21.

45. Virtanen P, Liukkonen V, Vahtera J, Kivimaki M, Koskenvuo M. Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. Int J Epidemiol. 2003; 32(6):1015-21.

46. Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. Scand J Work Environ Health. 2001; 27(6):365-72.

47. Bohle P, Quinlan M, Kennedy D, Williamson A. Working hours, work-life conflict and health in precarious and "permanent" employment. Rev Saude Publica. 2004; 38(6 Suppl):19-25.

48. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. Int J Epidemiol. 2005; 34(3):610-22.

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 6.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *Las mujeres tienen una peor salud percibida que los hombres, y son las personas con menor nivel educativo quienes peor salud presentan, así como una mayor frecuencia en enfermedades crónicas. Las desigualdades en salud percibida han aumentado del año 1987 al 2003. Desde el año 1987 ha aumentado la prevalencia de enfermedades crónicas en hombres y mujeres, y este aumento es significativo en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres se presenta durante todo el periodo un claro patrón de desigualdad en perjuicio de las que tienen un menor nivel educativo, aunque la diferencia relativa entre éstas y las universitarias se reduce, del 35% en 1987 al 18% en 2003.*

- El consumo de tabaco presenta patrones diferentes entre hombres y mujeres. Desde 1987 son los hombres de niveles educativos más bajos los que presentan un mayor consumo. En las mujeres, en cambio, si bien en 1987 eran las de mayor nivel educativo las que presentan frecuencias más altas, en el año 2003 éstas se dan en los otros niveles. En el consumo de alcohol las desigualdades entre los diferentes grupos han aumentado desde 1987. En el año 2003 las frecuencias más altas se observan en los hombres y las mujeres con menor nivel de estudios. En las mujeres el consumo de tabaco aumenta de manera significativa entre las que tienen un menor nivel de estudios, observándose una diferencia entre las universitarias y las que no tienen estudios de un 87% en el año 1987 -mayor consumo en las universitarias- reduciéndose a un 12% en el año 2003, en términos relativos.

- *La obesidad y las desigualdades en obesidad aumentan desde 1987 hasta 2003 para hombres y mujeres. Las personas con niveles educativos más bajos presentan frecuencias más altas. El sedentarismo se ha reducido, pero han aumentado las desigualdades. Además de la posición social individual, las características socioeconómicas del área de residencia inciden en los estilos de vida y en la calidad medioambiental. La dieta en hombres y mujeres en Andalucía no es la óptima y también se observan desigualdades en los hábitos alimenticios cuando se considera el nivel educativo y la clase social. La prevalencia más alta de sedentarismo se encuentra entre quienes consideran que no hay zonas verdes en el barrio, siendo más sedentarios los hombres y las mujeres sin estudios que viven en barrios sin zonas verdes, el 31,3% y el 43,5%*

- Entre los hombres y las mujeres que consideran que la calidad del medio ambiente es mala hay una mayor prevalencia de salud percibido como deficiente. Es en los hogares donde hay mayores ingresos donde es más frecuente considerar que en sus barrios hay muchas zonas verdes, indicador éste de calidad medioambiental, observándose como en el 36,1% de los hogares con ingresos de más de 5.000 euros las personas consideran que hay muchas zonas verdes, frente al 9,7% de los hogares con unos ingresos inferiores a los 500 euros, es decir 3,72 veces mejor percepción entre las personas con mayores ingresos que en las de menores ingresos. Podemos concluir que las personas que viven en hogares con bajos ingresos viven en zonas con muy escasas zonas verdes, lo que señala muy probablemente una peor calidad ambiental de sus lugares de residencia.

- *Hay un mayor número de hombres con salud deficiente entre los que están en situación de desempleo (18,8%), seguido de aquellos que trabajan sin contrato (14,6%). En las mujeres, en cambio, la peor salud se da entre las que trabajan por cuenta propia o no son asalariadas (21,9%), seguido de las que trabajan sin contrato de trabajo (18,6%). El trabajar sin contrato está ampliamente asociado a unas malas condiciones del propio puesto, inseguridad por la pérdida real del trabajo y a puestos de baja cualificación. En las mujeres de nuestro estudio este tipo de relación se da principalmente en el servicio doméstico*

CAPITULO 7.

El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios en Andalucía.

María del Mar García Calvente
Ana María Delgado Sánchez
Inmaculada Mateo Rodríguez
Gracia Maroto Navarro
Julia Bolívar Muñoz

"Decir que un sistema de desigualdad entre los sexos existe es fundamentalmente otra forma de decir que, en millones de interacciones diarias entre las gentes, las mujeres se encuentran en desventaja y son infravaloradas repetida y sistemáticamente con respecto a los hombres, en una amplia variedad de contextos distintos"

(Janet Saltzman. Equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio. Madrid. Ediciones Cátedra, 1992)

1. Introducción.

La integración de la perspectiva de género en la acción sanitaria está en pleno desarrollo, de acuerdo con la evidencia acumulada sobre la existencia de desigualdades (diferencias injustas y evitables) en salud entre hombres y mujeres, que provienen del diferente reparto de roles sociales y relaciones de poder entre ambos[1]. Se conoce que las mujeres tienen peor salud percibida, peor calidad de vida y utilizan de manera diferente los servicios sanitarios[2].

Estas desigualdades en salud pueden explicarse en gran parte por riesgos y vulnerabilidades diferenciales, debidos a roles, estilos de vida y prácticas preventivas distintos entre mujeres y hombres[3], y, de manera fundamental, a las condiciones estructurales en que estos roles se desarrollan[4]. Desde un modelo de determinantes sociales de la salud, Denton y cols. defienden que los factores socio-estructurales y psicosociales son más importantes para explicar la salud de las mujeres, mientras que los comportamentales resultan más relevantes en hombres[5]. Sin embargo, las diferencias en salud entre mujeres y hombres dependen del indicador utilizado y del momento del ciclo de vida de que se trate[6], por lo que un marco que tenga en cuenta las etapas vitales resulta fundamental para comprender las desigualdades de género.

Ya ha sido ampliamente comprobada la influencia que tienen sobre la salud y uso de servicios sanitarios algunos factores socio estructurales, los roles reproductivos y el apoyo social. Estos determinantes están vinculados además a la construcción del género, por lo que resulta relevante estudiar sus relaciones con la salud diferencial de hombres y mujeres para identificar en qué medida las diferencias encontradas se pueden relacionar con las desigualdades de género. En el presente trabajo pretendemos analizar las desigualdades de género en salud en la población adulta de Andalucía, a través de la información proporcionada por las encuestas de salud.

2. Metodología.

Se realiza una explotación de datos de las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS) de 1999 y 2003 , referidos a la población adulta residente en Andalucía de 16 años y más (6484 personas en 1999, 6708 en 2003).

Los indicadores de salud analizados han sido: *salud percibida* en los últimos doce meses: dicotomizada en buena (muy buena o buena) o deficiente (regular, mala o muy mala); *salud mental:* puntuación sumaria de salud mental del cuestionario SF-12, considerando una salud mental deficiente puntuaciones inferiores al percentil 25; *visitas a medicina general:* verdadera consulta en las últimas dos semanas.

Como variables independientes se han analizado *sexo, edad, nivel educativo (*sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), *clase social ocupacional* (no manuales: clases I, II y III; manuales: clases IV y V)[*], *situación laboral* (trabajo remunerado, en desempleo, jubilación-invalidez, ama de casa, estudiante), *responsabilidad de tareas domésticas* (personas que se ocupan solas de tareas domésticas), *responsabilidad de cuidados* (personas que cuidan de manera principal [†] en el hogar a mayores de 16 años que requieren cuidados especiales, en tabla 1;

[*] Según clasificación de la SEE en Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A et al. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores-SEE; 1995.

[†] En la EAS-1999 se define como cuidador/a principal persona que "se ocupa solo/a de", y en la EAS-2003 se define como "se encarga habitualmente de".

personas que cuidan habitualmente a mayores de 16 años que requieren cuidados o a cualquier mayor de 65 años, en los demás análisis), *vivir sola o solo y apoyo social* (medido con escala de DUKE, considerando deficiente puntuaciones bajo percentil 25).

Los análisis se han realizado separadamente para mujeres y para hombres. Se ha procedido al análisis descriptivo de las muestras respecto a las variables estudiadas para ambas encuestas (tabla 1), en los demás análisis se utilizaron los datos de la EAS-2003. En el análisis bivariado crudo (tabla 2) se ha utilizado el test de *chi-cuadrado* para variables cualitativas y la *t* de Student para la edad, el nivel de significación considerado es de $p<0,010$. Se ha realizado el análisis bivariado ajustado por edad y estratificado por clase social, utilizando la estimación del riesgo mediante la razón de odds (OR) y su intervalo de confianza al 95% (95% IC) (tablas 3, 4 y 5). Finalmente, se ha realizado un análisis multivariado para cada indicador de salud tomando como variable independiente el sexo y ajustando por las demás variables (gráfico 4).

3. Resultados

Las mujeres declaran peor salud percibida, peor salud mental y mayor frecuentación para visitas médicas que los hombres en ambas encuestas (tabla 1). Respecto a variables socio-estructurales, los hombres ocupan mejores posiciones sociales en nivel de estudios, trabajo remunerado y clase social ocupacional. Más de la mitad de las mujeres se identificaron como amas de casa, mientras que no encontramos ningún varón en esta categoría en ESA-1999 y sólo 3 en ESA-2003. En cuanto a los roles reproductivos, las mujeres se encargan en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado informal. Ellas viven solas en mayor porcentaje y perciben con mayor frecuencia un apoyo social deficiente.

Se aprecian algunos cambios entre los datos de EAS-1999 y EAS-2003. Observamos un incremento de buena percepción de salud general y salud mental tanto en hombres como en mujeres, así como de utilización de la visita a medicina general. Hay ligeras variaciones para el nivel de estudios y un incremento de personas con empleo remunerado y de clase social no manual. También hay un aumento de personas que viven solas (más en mujeres), responsables del trabajo doméstico (más en mujeres), y que cuidan a personas dependientes (sobre todo en hombres). La interpretación requiere cautela, ya que en algunos casos las variaciones son atribuibles a diferentes construcciones de la variable (es el caso de los cuidados) y en otros podrían ser explicadas por la diferente composición de las muestras, de mayor edad en el año 2003.

3.1. Desigualdades de género en salud percibida.

Globalmente, las mujeres expresan peor salud percibida que los varones y estas diferencias aumentan con la edad, alcanzando un máximo en el grupo de 45 a 54 años (gráfico 1). Aunque la peor percepción la muestran personas de clases sociales menos privilegiadas, incluso las mujeres de clases privilegiadas tienen peor salud que los hombres de clases manuales (tabla 2). Un bajo nivel educativo se asocia a mayor riesgo de mala salud, no significativo en hombres de clases manuales (tabla 3).

La jubilación supone peor salud en ambos sexos, y el desempleo marca un mayor riesgo en hombres de clase manual. Las mujeres desempleadas de clases manuales y las amas de casa de ambos estratos tienen peor salud percibida que las empleadas, aunque sin alcanzar la

significación estadística. Las mujeres responsables de las tareas domésticas y las que cuidan muestran peor salud que las que no lo hacen, igual ocurre en hombres, sin diferencias significativas por sexo (tabla 2). Ajustando por edad, el efecto del trabajo doméstico deja de ser significativo en hombres, y en mujeres pasa a tener un *"efecto protector"* (tabla 3). Cuidar, sin embargo, supone mayor riesgo de mala salud en mujeres de ambas clases sociales, aunque al límite de la significación estadística.

Las mujeres y hombres que viven solos muestran peor salud (tabla 2), efecto que pierde significación al ajustar por edad (tabla 3). Para ambos sexos, el apoyo social deficiente se asocia a peor salud, y es en las mujeres de clase social menos privilegiada donde este efecto es de mayor magnitud.

Una vez controladas las demás variables, el riesgo de tener una percepción de salud por debajo de buena es más de dos veces superior en mujeres que hombres de clases menos privilegiadas, y aumenta en mujeres de clases privilegiadas (gráfico 4).

3.2. Desigualdades de género en salud mental.

La proporción de personas con peor percepción de salud mental aumenta a medida que lo hace la edad y disminuye el nivel educativo y el apoyo social percibido, y esto ocurre tanto en hombres como en mujeres (gráfico 2, tabla 2). También es peor la salud mental en personas que viven solas. La proporción de personas con peor salud mental varía en función de la clase social y de que se asuma o no el rol de cuidar a personas dependientes, tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado, existe una mayor proporción de hombres con mala salud mental entre aquellos que son responsables de las tareas domésticas frente a los que no lo son. Para las mujeres, la proporción de casos con peor salud mental no cambia en función de esta variable. En cualquier caso, las mujeres tienen peor salud mental percibida que los hombres para todas las categorías de las variables estudiadas.

Las mujeres presentan mayor riesgo de tener una salud mental deficiente que los hombres, en especial las de clases sociales menos privilegiadas, en el análisis ajustado por edad (tabla 4). El desempeño de tareas de cuidado aparece como un factor de riesgo para las mujeres, especialmente las de clases no manuales, pero no se asocia a la salud mental de los hombres. Ser responsables de las tareas domésticas es un factor de riesgo para los hombres, pero no ocurre así para las mujeres, incluso aparece como factor protector en mujeres de clase no manual. El apoyo social deficiente es un factor de riesgo de peor salud mental tanto en hombres como en mujeres, mientras que convivir con más de una persona en el hogar es factor protector, y en especial en hombres y mujeres de clases manuales.

Al ajustar por las demás variables, las mujeres tienen un mayor riesgo de mala salud mental que los hombres, en ambos niveles de clase social (gráfico 4).

3.3. Desigualdades de género en la utilización de medicina general.

Las personas en ambos sexos con más edad, menos estudios, clase manual y que no trabajan fuera del hogar hacen más visitas de medicina general (gráfico 3) (tabla 2). Entre las mujeres sólo ocurre cuando viven solas y son responsables de los cuidados. Un apoyo social deficiente y tener responsabilidad doméstica no modifican la utilización en ningún sexo. Comparando mujeres y hombres, ellas consultan más en todas las categorías de las variables estudiadas, excepto las universitarias y las estudiantes.

La salud percibida deficiente aumenta la utilización en ambos sexos y clases, mientras que la salud mental deficiente lo hace sólo en hombres no manuales (tablas 3 y 4). Entre las mujeres -ajustando por edad, salud percibida y salud mental- la responsabilidad de los cuidados, la responsabilidad doméstica, el déficit de apoyo social, y vivir sola, no modifican la utilización en el grupo de clase no manual, aunque sí aumentan la utilización los estudios primarios, el desempleo y ser ama de casa en el grupo de clase manual. Entre los hombres, al ajustar por edad, salud percibida y salud mental, sólo aumenta la utilización en el grupo de clase no manual al disminuir los estudios.

Ajustando por el conjunto de variables estudiadas, las mujeres de clase manual y no manual presentan mayor riesgo de utilización (gráfico 4).

4. Discusión y conclusiones.

En la construcción de género entran en juego tres niveles interrelacionados, el individual o subjetivo (interiorización de los atributos de género), el estructural (organización social del trabajo), y el simbólico (ideas morales o valores) [7]. Aquí hemos abordado el análisis desde el prisma estructural, centrándonos fundamentalmente en la división sexual de trabajos y roles y en la interrelación del género con otros ejes de desigualdad.

La salud percibida es uno de los indicadores utilizados con mayor frecuencia en el estudio de las desigualdades de género en salud [8], y resulta buen predictor de otros indicadores más objetivos [9]. Se muestra de forma desigual por sexos, de manera que las mujeres tienden a informar niveles de salud percibida más bajos que los hombres. En contra de la creencia común, estas diferencias no se explican por una mayor tendencia de las mujeres a informar sobre su mala salud [10].

Nuestro análisis pone en evidencia cómo tres grandes ejes de desigualdad social -edad, clase y educación- que interactúan con el género para conformar un complejo entramado a través del cual la desigual distribución del poder, en sus distintas dimensiones, se refleja en la salud de mujeres y hombres [11].

La división sexual del trabajo constituye otro de los ejes principales del análisis de género. En las distintas sociedades, las mujeres asumen la mayoría del trabajo reproductivo, y esta sobrecarga resulta negativa para su salud, especialmente en el caso de las cuidadoras [12-14]. Sin embargo, las relaciones entre trabajo remunerado, roles reproductivos y estado de salud son complejas y su análisis no está exento de dificultades [15, 16]. Aunque la mayoría de los estudios coinciden en que el desempleo ejerce una influencia negativa en la salud, y que las 'amas de casa' suelen declarar peor salud que las empleadas, la situación varía entre países y clases sociales [17, 18]. Durante la edad activa, una mayor carga de trabajo doméstico suele estar asociada a peor salud percibida en mujeres, especialmente en aquellas de clase social menos privilegiada [19]. Sin embargo, no es extraño que en nuestro caso resulte "factor protector", ya que se trata de un estudio transversal que incluye todas las edades, y probablemente sean precisamente las mujeres con peor estado de salud las que no puedan asumir las tareas domésticas [20].

La literatura sobre la relación entre desigualdades de género y salud mental, tiene muy en cuenta el impacto de la desigual distribución de roles productivos y reproductivos entre hombres y mujeres. Sin embargo, no todos los estudios muestran resultados en la misma dirección. Parece más bien que los beneficios y perjuicios del desempeño de

ambos roles dependen de la calidad y cantidad de las tareas desempeñadas, tanto productivas como reproductivas, y esto puede ayudar a explicar algunos de los resultados encontrados.

Recientemente, varios estudios han demostrado que el estado de salud mental difiere entre hombres y mujeres y según la clase social. Las situaciones más desfavorables corresponden a mujeres, y especialmente a las ocupaciones manuales [21-23]. Estudios realizados en Andalucía han comprobado que las cuidadoras de clases bajas y las que no cuentan con un trabajo remunerado asumen con mayor frecuencia el cuidado en solitario, sin ayuda formal ni informal, siendo éstas las que presentan un peor estado de salud [12].

El impacto de los roles reproductivos sobre la salud mental muestra diferentes resultados para hombres y mujeres. Del análisis realizado se desprende que no todas las tareas reproductivas ejercen el mismo impacto sobre la salud mental. Cuidar resulta ser, para las mujeres, un factor de riesgo de una mala salud emocional, mientras que este patrón no está tan claro para las tareas domésticas. En mujeres de clases privilegiadas, ser responsable de las tareas domésticas aparece como un factor protector de una mala salud mental, resultado que puede relacionarse con que este grupo cuente con más ayuda. Diferentes trabajos apoyan esta idea, señalando que las mujeres que realizan el trabajo doméstico solas, no encuentran en este hecho un riesgo para su salud mental, y las que lo realizan con ayuda presentan menos riesgo de mala salud mental que las que no lo realizan [24]. De forma similar a la salud percibida, en este grupo de mujeres los problemas emocionales serían más la causa que la consecuencia de no realizar tareas domésticas.

En los hombres sí observamos una relación entre ser responsable principal de las tareas domésticas y tener una peor salud mental. Dada la actual distribución de roles según sexo, los hombres que asumen el papel de ama de casa suelen ser aquellos que no desempeñan un trabajo remunerado, bien por problemas de salud, bien por desempleo. En este mismo sentido, diversos estudios muestran el mayor impacto del desempleo en la salud mental de los hombres que de las mujeres [22].

El impacto de cuidar sobre la salud mental muestra resultados diferentes. La realización de estas tareas sí parece ser un factor de riesgo para problemas emocionales, si bien se comporta de manera diferencial según sexo. Los hombres no sólo están menos expuestos al rol de cuidador, además asumir este rol no se relaciona con peor salud mental. Las mujeres, no sólo presentan un mayor riesgo de problemas emocionales asociados a los roles de cuidado, sino que además estarían más expuestas por su elevada participación en estas tareas.

El apoyo social deficiente también supone un riesgo de peor salud mental tanto en hombres como en mujeres, y convivir con otros se muestra como factor protector, especialmente entre personas de clases sociales manuales. Estos resultados confirman los de otros estudios, contar con una red de apoyo es de gran importancia en la reducción de los riesgos sobre la salud. En el caso de clases sociales menos privilegiadas, esta red puede además contribuir a cubrir áreas de apoyo instrumental que no pueden ser cubiertas por recursos formales.

En cuanto a utilización de servicios sanitarios, en población andaluza, independientemente del sexo y la clase social, la salud percibida deficiente se asocia a más utilización de medicina general, y la salud mental deficiente sólo lo hace en hombres no manuales. También en población

española, ante igual salud, el riesgo crudo de consultar es superior en hombres que en mujeres [25].

Los modelos clásicos sobre utilización establecen variables de tres tipos: de necesidad (objetiva y subjetiva), que son las de mayor efecto en la utilización, predisponentes (socio-demográficas) y facilitadoras [26]. En dos revisiones [27, 28], la salud física y, sobre todo, la psíquica, son los factores que más predicen la utilización en atención primaria, algo menos en ancianos [29].

En diferentes estudios, los resultados sobre las relaciones de edad, estudios, trabajo, clase social y apoyo social con la utilización en medicina general no son concluyentes cuando se ajusta por salud física y mental [25, 27, 28, 30, 31]. Independientemente del nivel de necesidad o salud, las personas que viven solas parecen consultar más [27, 31, 32]. En los datos de la EAS, ajustados por edad y salud, estas características no se relacionan con la utilización de medicina general, excepto los estudios y la situación laboral en mujeres de clases manuales y los estudios en hombres de clases no manuales.

En general, se acepta que las mujeres consultan más a medicina general. Se argumenta que: presentan peor salud, tienen más tiempo disponible, utilizan más servicios preventivos, son gestoras de los cuidados en el hogar, y tienen más facilidad para buscar ayuda. En población andaluza, las mujeres consultan más, aún después de ajustar por salud y por las características sociodemográficas estudiadas. Sin embargo, las revisiones citadas no permiten sostener de forma concluyente que exista una mayor utilización en mujeres [28], o que ser mujer prediga de forma persistente en el tiempo una mayor utilización [27]. En algunos estudios, cuando se ajusta por salud mental, desaparece el efecto del sexo sobre la utilización [29] y en otros se mantiene [28, 33]. Según Kapur [34], el cambio en la salud psíquica determina la utilización con más fuerza en mujeres que en hombres.

En este trabajo, los resultados pueden estar relacionados, por un lado, con el instrumento usado para medir la salud mental, distinto al de otros estudios (generalmente el GHQ-28), y por otro, con la influencia de variables no incluidas en este análisis. Como en este caso, la información sobre utilización suele proceder de estudios transversales que no discriminan el motivo de consulta. Pero puede pensarse que edad y sexo no son condiciones que aumenten la utilización *per se*, sino que son *proxies* del estado de salud y modulan la utilización porque expresan diferentes grados de necesidad. Es necesario investigar más sobre las especificidades en la conducta de utilización por sexo para alcanzar la equidad de género, mediante la planificación de recursos sanitarios adecuados a las necesidades de mujeres y hombres.

Finalmente, nuestro análisis indica que el sexo se asocia a la percepción de salud, tanto globalmente como en su dimensión de salud mental, una vez controladas todas las variables analizadas. El hecho de que esta asociación se muestre de manera más clara en las clases privilegiadas sugiere que los determinantes utilizados en el modelo explicarían mejor las desigualdades de género en salud en clases más desfavorecidas. En todo caso, este dato corrobora que las relaciones entre sexo, género y salud no son simples [35] y que es necesario seguir avanzando en marcos conceptuales que nos ayuden a explicar y comprender las desigualdades de género en salud.

5. Bibliografía.

1. WHO Gender Working Group. Gender and Health: Technical Paper. World Health Organization, 1998.

2. Janzen BL. Women, gender and health. A review of recent literature. Prairie Women's Health Centre of Excellence, 1998.

3. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. J Health Soc Behav 1985; 26 (3):156-82.

4. Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. Soc Sci Med 1993; 37 (8): 1055-68.

5. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. Soc Sci Med 2004; 58 (12): 2585-600.

6. Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. Gender differences in health: Are things really as simple they seem? Soc Sci Med 1996; 42 (4): 617-24.

7. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata, 1996

8. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. Soc Sci Med 1997; 44 (6): 773-87.

9. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38 (1):21-37.

10. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. Soc Sci Med 1999; 48 (1): 89-98.

11. Krieger N. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001; 55:693-700.

12. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: EASP-Instituto Andaluz de la Mujer, 1999.

13. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 2): 83-92.

14. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psichol Aging 2003; 18 (2): 250-67.

15. Klumb PL, Lampert T. Women, work and well-being 1950-2000: a review and methodological critique. Soc Sci Med 2004; 58 (6):1007-24.

16. Im EO. A feminist critique of research on women's work and health. Health Care Women Int 2000; 21 (2): 105-19.

17. Roos E, Burstrom B, Saastamoinen P, Lahelma E. A comparative study of the patterning of women's health by family status and employment status in Finland and Sweden. Soc Sci Med 2005; 60 (11): 2443-51.

18. Lahelma E, Arber S, Kivela K, Roos E. Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socio-economic circumstances. Soc Sci Med 2002; 54 (5): 727-40.

19. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women:

what is the role of work organization, household material standards and household labour? Soc Sci Med 2004; 58: 1869-87.

20. McMunn A, Bartley M, Hardi R, Kuh D. Life course social roles and women's health in mid-life: causation or selection?. J Epidemiol Community Health 2006; 60: 484-89.

21. McDonough P, Walters V, Strohschein L. Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. Soc Sci Med 2002; 54:767-82.

22. Artazcoz L, Escriba-Aguir V, Cortes I. [Stress in a changing society.]. Gac Sanit 2006; 20:71-8.

23. Walters V. Stress, anxiety and depression: women's accounts of their health problems. Soc Sci Med 1993; 36:393-402.

24. Bird CE. Gender, household labour, and psychological distress: the impact of the amount and division of housework. J Health Soc Behav 1999;40:32-45.

25. Rodríguez M, Stoyanova A: La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1): 102-11.

26. Delgado Sánchez A. Influencia de la necesidad y otras variables individuales. En: Revilla de la L (ed). Factores que intervienen en al utilización de los servicios de salud. Barcelona: Doyma, 1991.

27. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: A literature review with special reference to methodological considerations. Public Health 2005; 119:118-37.

28. de Boer AG; Wijker W; de Haes HC. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. Health Policy 1997; 42(2):101-15.

29. Koopmans GT, Donker MC, Rutten FH. Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. Acta Psychiatr Scand 2005; 111(5): 341-50.

30. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callagan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of the care services. Fam Pract 2000; 49:147-52.

31. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. Psych Med 1999; 29:1347-57.

32. Bowling A, Farquhar M, Browne P: Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. Soc Sci Med 1991; 33:689-700.

33. Tweed DL el al. Psychiatric morbidity and physician visits. Lesson from Ontario. Med Care 1998; 36:473-85.

34. Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Primary care consultations predictors in men and women: a cohort study. Br J Gen Pract 2005; 55:108-13.

35. Walters V, McDonough P, Strohschein L. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. Soc Sci Med 2002; 54 (5): 677-92.

Tabla 1. **Distribución de las variables de estudio según sexo, EAS 1999 y EAS 2003.**

Años	Mujeres				Hombres				p	p
	1999		2003		1999		2003		1999	2003
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad (Media)	43,26		45,68		42,89		43,79		NS	*
Edad (Mediana)	40		42		40		41			
Salud percibida										
Bueno	2179	(67,3)	2499	(70,6)	2507	(77,4)	2364	(80,2)	*	*
Deficiente	1058	(32,7)	1041	(29,4)	734	(22,6)	584	(19,8)		
Salud mental										
Buena	2229	(69,9)	2463	(70,4)	2554	(80,0)	2318	(80,7)	*	*
Deficiente	959	(30,1)	1037	(29,6)	639	(20,0)	556	(19,3)		
Visita a medicina general										
Sí	633	(19,7)	1003	(27,3)	456	(14,2)	551	(18,2)	*	*
No	2586	(80,3)	2670	(72,7)	2758	(85,8)	2483	(81,8)		
Estudios										
Universitarios	366	(11,3)	376	(10,5)	438	(13,5)	388	(13,1)	*	*
Secundarios	631	(19,5)	658	(18,3)	782	(24,1)	722	(24,3)		
Primarios	1511	(46,6)	1752	(48,7)	1465	(45,2)	1428	(48,1)		
Sin estudios	733	(22,6)	811	(22,5)	557	(17,2)	429	(14,5)		
Clase social										
No manual	828	(27,2)	854	(29,9)	870	(27,8)	965	(36,2)	NS	*
Manual	2214	(72,8)	1998	(70,1)	2261	(72,2)	1703	(63,8)		
Situación laboral										
Trabajo remunerado	620	(19,1)	809	(22,0)	1546	(47,7)	1606	(52,9)	*	*
En desempleo	340	(10,5)	273	(7,4)	425	(13,1)	270	(8,9)		
Ama de casa	1630	(50,3)	1951	(53,1)			3	(0,1)		
Jubilad, discapacit, inval.	248	(7,7)	325	(8,8)	873	(26,9)	827	(27,2)		
Estudiante	403	(12,4)	315	(8,6)	399	(12,3)	329	(10,8)		
Responsabilidad de las tareas domésticas										
No	1463	(45,2)	1387	(37,8)	3014	(93,1)	2788	(91,9)	*	*
Sí	1777	(54,8)	2284	(62,2)	224	(6,9)	245	(8,1)		
Responsabilidad de los cuidados										
No	400	(67,9)	266	(63,3)	485	(90,3)	277	(83,7)	*	*
Sí	189	(32,1)	154	(36,7)	52	(9,7)	54	(16,3)		
Vivir solo/a										
No	3018	(93,1)	3249	(88,5)	3036	(93,6)	2809	(92,6)	NS	*
Sí	223	(6,9)	424	(11,5)	207	(6,4)	226	(7,4)		

p. El test de significación corresponde al conjunto de la variable
* ($p<0.001$); NS: No significativo ($p>0.010$)

Tabla 2. **Salud percibida, salud mental y visita a medicina general según las variables de estudio y sexo, EAS 2003.**

Sexo	Mujeres			Hombres				Mujeres			Hombres				Mujeres			Hombres			
Indicador de salud →	**Salud percibida deficiente**							**Salud mental deficiente**							**Visita a medicina general**						
	n	**%**	**p**	**n**	**%**	**p**	**ps**	**n**	**%**	**p**	**n**	**%**	**p**	**ps**	**n**	**%**	**p**	**n**	**%**	**p**	**ps**
Estudios																					
Universitarios	40	(11,0)	*	38	(10,0)	*	NS	89	(25,4	*	50	(13,6)	*	*	56	(14,9)	*	48	(12,4)	*	NS
Secundarios	78	(12,2)		72	(10,3)		NS	144	(22,8)		91	(13,2)		*	125	(19,0)		92	(12,7)		*
Primarios	474	(28,0)		279	(20,2)		*	455	(27,2)		278	(20,7)		*	487	(27,8)		261	(18,3)		*
Sin estudios	438	(56,9)		190	(45,1)		*	335	(43,2)		134	(32,9)		*	322	(39,7)		141	(32,9)		**
Clase social																					
No manual	216	(26,1)	*	163	(17,5)	*	*	226	(27,7)	***	157	(17,3)	**	*	207	(24,2)	**	150	(15,6)	**	*
Manual	599	(31,2)		381	(23,0)		*	588	(30,9)		341	(21,0)		*	567	(28,4)		347	(20,4)		*
Situación laboral																					
Trabajo remunerado	117	(19,8)	*	153	(9,9)	*	*	185	(24,0)	*	201	(13,3)	*	*	170	(21,0)	*	221	(13,8)	*	*
En desempleo	45	(17,0)		45	(17,0)		NS	71	(27,3)		53	(20,4)		***	72	(26,4)		45	(16,7)		**
Ama de casa	651	(34,8)		2	(66,7)		NS	583	(31,3)		2	(66,7)		NS	598	(30,7)		2	(66,7)		NS
Jubilado/a, discapacidad o invalidez	204	(64,4)		369	(45,3)		*	141	(46,4)		265	(33,9)		NS	126	(38,8)		249	(30,1)		**
Estudiante	24	(7,8)		15	(4,7)		NS	57	(18,9)		35	(11,0)		**	37	(11,7)		34	(10,3)		NS
Responsabilidad de tareas domésticas																					
No	356	(26,6)	**	521	(19,3)	**	*	373	(28,5)	NS	483	(18,3)	*	*	673	(30,9)	NS	367	(21,9)	NS	*
Sí	685	(31,1)		63	(26,3)		NS	663	(30,3)		73	(31,3)		NS	68	(34,5)		12	(18,2)		**
Responsabilidad de los cuidados																					
No	960	(28,6)	**	563	(19,5)	**	*	955	(28,8)	*	537	(19,1)	**	*	934	(26,9)	**	540	(18,2)	NS	*
Sí	81	(42,9)		21	(32,3)		NS	82	(44,6)		19	(30,6)		**	69	(35,4)		11	(16,9)		**
Vivir solo/a																					
No	829	(26,5)	*	528	(19,4)	**	*	866	(28,0)	*	483	(18,2)	*	*	849	(26,1)	*	511	(18,2)	NS	*
Sí	212	(52,0)		56	(25,1)		*	171	(42,2)		73	(34,0)		**	154	(36,3)		40	(17,7)		*
Apoyo social																					
Bueno	768	(27,3)	*	452	(18,7)	*	*	755	(27,2)	*	429	(18,3)	*	*	994	(31,4)	NS	572	(23,0)	NS	*
Deficiente	248	(38,0)		115	(24,4)		*	254	(38,4)		114	(24,3)		**	218	(32,0)		110	(22,6)		***

p= El test de significación corresponde al conjunto de categorías de la variable en cada sexo
ps= El test de significación corresponde a la diferencia por sexo en cada categoría
* (p<0.001); ** (p<0.05) ; *** (p<0.010) ; NS: No significativo (p>0.010)

Tabla 3. **Odds ratio de salud percibida deficiente en mujeres y hombres de clase social no manual y manual, ajustado por edad. EAS 2003.**

Clase Social	Mujeres						Hombres					
	No manual			Manual			No manual			Manual		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Salud percibida deficiente según:												
1. Estudios												
Universitarios	**1**			**1**			**1**			**1**		
Secundarios	**1,41**	(0,73-2,69)*		**1,54**	(0,79-2,98)**		**1,29**	(0,72-3,32)**		**0,87**	(0,38-1,98)NS	
Primarios	**1,93**	(1,09-3,43)		**2,07**	(1,19-3,63)		**2,25**	(1,37-3,68)		**0,84**	(0,39-1,81)	
Sin estudios	**3,73**	(1,85-7,50)		**2,63**	(1,43-4,81)		**2,22**	(1,13-4,35)		**1,22**	(0,54-2,74)	
2, Situación laboral												
Trabajo remunerado	**1**			**1**			**1**			**1**		
En desempleo	**0,71**	(0,28-1,82)**		**1,53**	(0,88-2,66)NS		**1,77**	(0,78-4,05)*		**2,12**	(1,33-3,38)*	
Jubil, discap, inval,"	**3,03**	(1,44-6,34)		**1,99**	(1,17-3,39)		**3,33**	(1,72-6,43)		**4,07**	(2,67-6,21)	
Ama de casa	**1,08**	(0,63-1,85)		**1,33**	(0,88-2,00)							
Estudiante	**0,82**	(0,22-3,07)		**1,34**	(0,56-3,18)		**0,57**	(0,15-2,18)		**0,50**	(0,16-1,52)	
3. Responsabilidad de las tareas domésticas												
No	**1**			**1**			**1**			**1**		
Sí	**0,62**	(0,42-0,86)**		**0,78**	(0,61-1,13) NS		**1,03**	(0,51-3,04)NS		**1,13**	(0,77-1,39)NS	
4. Responsabilidad de los cuidados												
No	**1**			**1**			**1**			**1**		
Sí	**1,47**	(0,78-2,78)NS		**1,29**	(0,84-1,97)NS		**1,18**	(0,41-3,40)NS		**0,77**	(0,37-1,61)NS	
5. Vivir solo/a												
Sí	**1**			**1**			**1**			**1**		
No	**0,79**	(0,45-2,81)NS		**0,81**	(0,54-1,22)NS		**0,91**	(0,46-,69)NS		**1,3**	(0,85-2,34)NS	
6. Apoyo Social												
Bueno	**1**			**1**			**1**			**1**		
Deficiente	**1,53**	(1,04-1,24)**		**1,86**	(1,47-1,89)*		**1,61**	(1,02-1,86)**		**1,4**	(1,05-2,37)**	

p. El test de significación corresponde al conjunto de la variable

* (p<0.001); ** (p<0.05); *** (p<0.010); NS: No significativo (p>0.010)

" Jubilados, discapacidad o invalidez

Tabla 4. **Odds Ratio de salud mental deficiente en mujeres y hombres de clase social no manual y manual, ajustado por edad. EAS 2003.**

Clase Social	Mujeres						Hombres					
	No manual			Manual			No manual			Manual		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Salud mental deficiente según:												
1. Estudios												
Universitarios	**1**			**1**			**1**			**1**		
Secundarios	**1,13**	(0,69-1,84)NS		**0,85**	(0,52-1,39)NS		**0,95**	(0,56-1,61)NS		**1,35**	(0,60-3,04)NS	
Primarios	**0,91**	(0,58-1,44)		**0,79**	(0,52-1,19)		**1,35**	(0,86-2,13)		**1,47**	(0,67-3,20)	
Sin estudios	**1,19**	(0,64-2,21)		**0,99**	(0,62-1,60)		**1,18**	(0,59-2,37)		**1,74**	(0,76-3,97)	
2. Situación laboral												
Trabajo remunerado	**1**			**1**			**1**			**1**		
En desempleo	**1,51**	(0,77-2,96)NS		**1,05**	(0,65-1,68)NS		**1,95**	(0,92-4,14)**		**1,70**	(1,10-2,63)*	
Jubil, discap, invalid	**1,32**	(0,67-2,62)		**1,02**	(0,63-1,64)		**2,31**	(1,15-4,64)		**3,67**	(2,38-1,54)	
Ama de casa	**0,67**	(0,42-1,07)		**0,83**	(0,59-1,19)		-			-		
Estudiante	**0,85**	(0,35-2,07)		**0,76**	(0,39-1,47)		**1,54**	(0,47-5,02)		**1,07**	(0,53-2,16)	
3. Responsabilidad de las tareas domésticas												
No	**1**			**1**			**1**			**1**		
Sí	**0,69**	(0,48-0,98) *		**0,96**	(0,76-1,22)NS		**1,57**	(0,82-3,00)NS		**1,96**	(1,36-2,81)*	
4. Responsabilidad de los cuidados												
No	**1**			**1**			**1**			**1**		
Sí	**2,16**	(1,18-3,93)**		**1,73**	(1,16-2,59)**		**2,32**	(0,83-6,49)NS		**0,81**	(0,37-1,76)NS	
5, Vivir solo/a												
Sí	**1**			**1**			**1**			**1**		
No	**0,91**	(0,53-1,56)NS		**0,7**	(0,48-1,02) NS		**0,59**	(0,31-1,12)NS		**0,49**	(0,33-0,71)*	
6. Apoyo Social												
Bueno	**1**			**1**			**1**			**1**		
Deficiente	**3,37**	(2,35-5,92)*		**3,3**	(2,64-3,54)*		**3,04**	(1,97-4,68)*		**2,93**	(2,23-4,83)*	

p. El test de significación corresponde al conjunto de la variable

* ($p<0.001$) ** ($p<0.05$) *** ($p<0.010$) NS: No significativo ($p>0.010$)

Tabla 5. **Odds Ratio de visita al médico general en mujeres y hombres de clase social no manual y manual. EAS 2003.**

Clase social	Mujeres						Hombres					
	No manual			Manual			No manual			Manual		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Salud percibida **												
Buena	**1**			**1**			**1**			**1**		
Deficiente	**3,43**	(2,36-5,00)	*	**2,05**	(1,63-2,58)	*	**2,54**	(1,66-3,88)	*	**1,93**	(1,45-2,56)	*
Salud mental **												
Buena	**1**			**1**			**1**			**1**		
Deficiente	**0,9**	(0,62-0,30)	NS	**1,05**	(0,84-0,32)	NS	**1,63**	(1,05-2,52)	**	**1,08**	(0,80-1,46)	NS
Estudios ^												
Universitarios	**1**			**1**			**1**			**1**		
Secundarios	**1,46**	(0,81-2,64)	NS	**1,24**	(0,69-2,23)	NS	**0,94**	(0,52-1,68)	**	**0,89**	(0,44-1,81)	NS
Primarios	**1,64**	(0,95-2,82)		**1,68**	(1,02-2,77)		**1,57**	(0,94-2,62)		**0,88**	(0,45-1,74)	
Sin estudios	**1,53**	(0,75-3,13)		**1,66**	(0,95-2,91)		**3,01**	(1,46-6,19)		**1,1**	(0,53-2,29)	
Situación laboral ^												
Trabajo remunerado	**1**			**1**			**1**			**1**		
En desempleo	**1,93**	(0,89-4,21)	NS	**1,76**	(1,05-2,95)	**	**0,89**	(0,36-2,16)	NS	**1,12**	(0,71-1,76)	NS
Jubilado/a, discapacidad o invalidez	**1,77**	(0,83-3,81)		**1,16**	(0,68-1,98)		**1,27**	(0,62-2,62)		**1,28**	(0,80-2,04)	
Ama de casa	**1,23**	(0,71-2,16)		**1,45**	(0,97-2,18)		**-**			**-**		
Estudiante	**0,72**	(0,26-1,96)		**0,68**	(0,31-1,48)		**0,84**	(0,26-2,68)		**0,63**	(0,31-1,25)	
Responsabilidad de las tareas domésticas ^												
No	**1**			**1**			**1**			**1**		
Sí	**1,32**	(0,87-1,99)	NS	**0,99**	(0,77-1,27)	NS	**0,96**	(0,45-2,06)	NS	**1,08**	(0,72-1,62)	NS
Responsabilidad de los cuidados ^												
No	**1**			**1**			**1**			**1**		
Sí	**1,03**	(0,51-2,06)	NS	**1,18**	(0,77-1,81)	NS	**0,47**	(0,10-2,16)	NS	**0,86**	(0,40-1,88)	NS
Vivir solo/a ^												
Sí	**1**			**1**			**1**			**1**		
No	**0,97**	(0,54-1,73)	NS	**0,86**	(0,58-1,28)	NS	**1,99**	(0,81-4,92)	NS	**1,2**	(0,77-1,87)	NS
Apoyo Social ^												
Bueno	**1**			**1**			**1**			**1**		
Deficiente	**1,12**	(0,73- 1,72)	NS	**1,20**	(0,93-1,55)	NS	**1,06**	(0,63-1,79)	NS	**1,11**	(0,81-1,52)	NS

p. El test de significación corresponde al conjunto de la variable

*(p<0.001) ** (p<0.05) *** (p<0.010) NS: No significativo (p>0.010)

** Ajustado por edad. ^ Ajustado por edad, salud percibida y salud mental.

Gráfico 1. **% Salud percibida deficiente en mujeres y hombres por grupos de edad.**

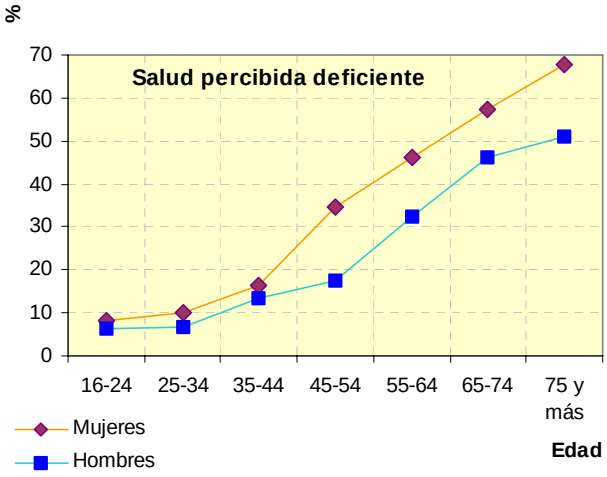


Gráfico 2. **% Salud mental deficiente en mujeres y hombres por grupos de edad.**

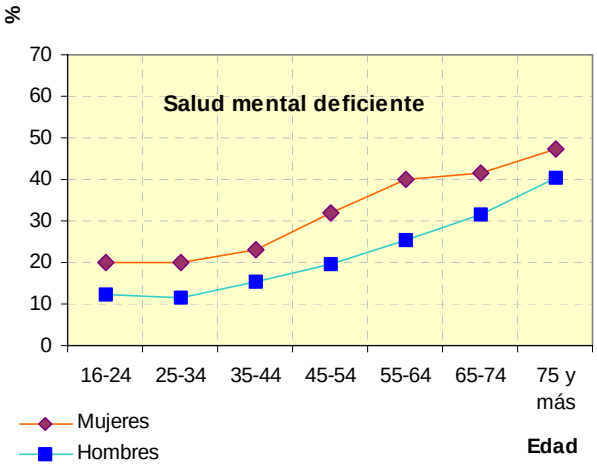


Gráfico 3. **% Visita a medicina general en mujeres y hombres por grupos de edad.**

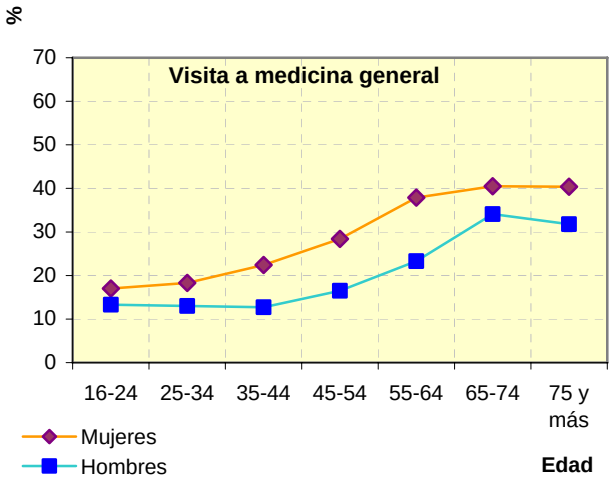
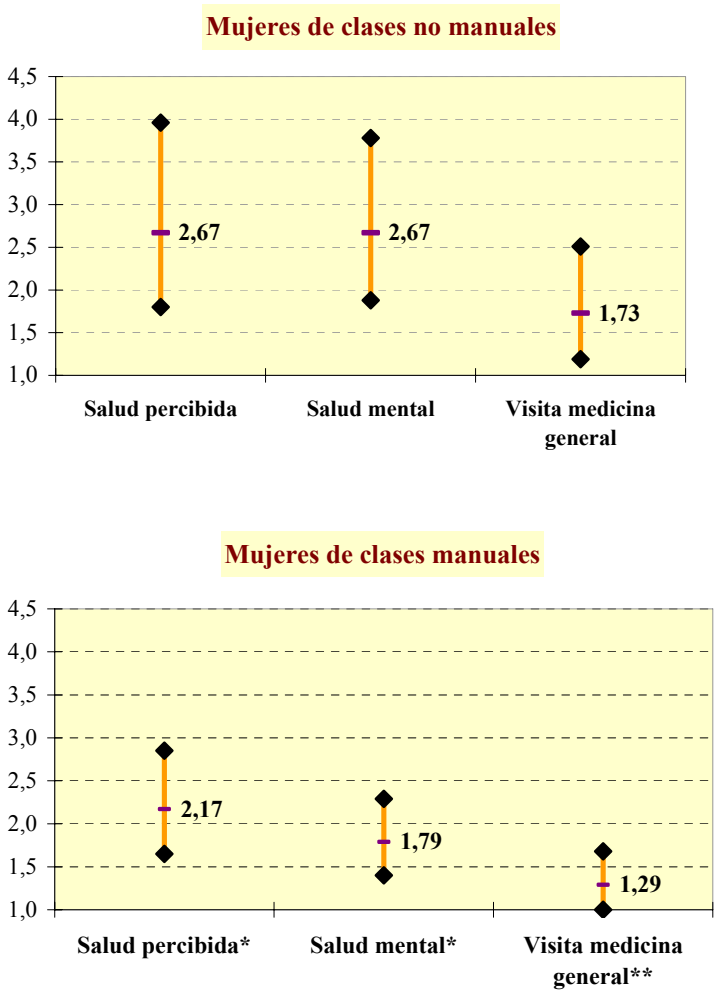


Gráfico 4. **Odds Ratio de las mujeres respecto a los hombres en salud percibida deficiente, salud mental deficiente y visita a medicina general.**



* Ajustada por edad, estudios, situación laboral, apoyo social, responsabilidad tareas domésticas, responsabilidad de los cuidados y vivir sola.

** Ajustada por edad, salud percibida, salud mental, estudios, situación laboral, apoyo social, responsabilidad tareas domésticas, responsabilidad de los cuidados y vivir sola.

$p<0.05$

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 7.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *La integración de la perspectiva de género en la acción sanitaria está en pleno desarrollo, de acuerdo con la evidencia acumulada sobre la existencia de desigualdades (diferencias injustas y evitables) en salud entre hombres y mujeres, que provienen del diferente reparto de roles sociales y relaciones de poder entre ambos. Se conoce que las mujeres tienen peor salud percibida, peor calidad de vida y utilizan de manera diferente los servicios sanitario. Estas desigualdades en salud pueden explicarse en gran parte por riesgos y vulnerabilidades diferenciales, debidos a roles, estilos de vida y prácticas preventivas distintos entre mujeres y hombres, y, de manera fundamental, a las condiciones estructurales en que estos roles se desarrollan.*

- Respecto a variables socio-estructurales, los hombres ocupan mejores posiciones sociales en nivel de estudios, trabajo remunerado y clase social ocupacional. Más de la mitad de las mujeres se identificaron como amas de casa. En cuanto a los roles reproductivos, las mujeres se encargan en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado informal. Ellas viven solas en mayor porcentaje y perciben con mayor frecuencia un apoyo social deficiente.

- *Globalmente, las mujeres expresan peor salud percibida que los varones y estas diferencias aumentan con la edad, alcanzando un máximo en el grupo de 45 a 54 años. Aunque la peor percepción la muestran personas de clases sociales menos privilegiadas, incluso las mujeres de clases privilegiadas tienen peor salud que los hombres de clases manuales. Un bajo nivel educativo se asocia a mayor riesgo de mala salud, no significativo en hombres de clases manuales. Una vez controladas las demás variables, el riesgo de tener una percepción de salud por debajo de buena es más de dos veces superior en mujeres que hombres de clases menos privilegiadas.*

- La proporción de personas con peor percepción de salud mental aumenta a medida que lo hace la edad y disminuye el nivel educativo y el apoyo social percibido, y esto ocurre tanto en hombres como en mujeres. También es peor la salud mental en personas que viven solas. Las mujeres presentan mayor riesgo de tener una salud mental deficiente que los hombres, en especial las de clases sociales menos privilegiadas, independientemente de la edad. El apoyo social deficiente es un factor de riesgo de peor salud mental tanto en hombres como en mujeres, mientras que convivir con más de una persona en el hogar es factor protector, y en especial en hombres y mujeres de clases manuales.

- *Las personas en ambos sexos con más edad, menos estudios, clase manual y que no trabajan fuera del hogar hacen más visitas de medicina general. Entre las mujeres sólo ocurre cuando viven solas y son responsables de los cuidados. Comparando mujeres y hombres, ellas consultan más en todas las categorías de las variables estudiadas, excepto las universitarias y las estudiantes. La salud percibida deficiente aumenta la utilización en ambos sexos y clases, mientras que la salud mental deficiente lo hace sólo en hombres no manuales. Entre las mujeres pertenecientes al grupo de clase manual –independientemente de la edad, la salud percibida y la salud mental- aumenta la utilización de la medicina general entre las que tienen estudios primarios, están en desempleo y son amas de casa. Entre los hombres, sólo aumenta la utilización en el grupo de clase no manual al disminuir los estudios.*

- Nuestro análisis pone en evidencia cómo tres grandes ejes de desigualdad social -*edad, clase social y educación*- que interactúan con el género para conformar un complejo entramado a través del cual la desigual distribución del poder, en sus distintas dimensiones, se refleja en la salud de mujeres y hombres.

CAPITULO 8.

La utilización de los servicios sanitarios en Andalucía: ¿ perpetuación o corrección de las desigualdades ?.

Soledad Márquez Calderón
Román Villegas Portero
María José Aguado Romeo

"En el contexto de los Estados Unidos se alaba tanto la responsabilidad individual que lleva a una situación donde hay treinta millones de personas, o incluso más, sin seguro médico. A mi me parece una realidad escandalosa".

(Amartya Sen, Premio Nóbel de Economía 1998. "El futuro de Estado del bienestar", Conferencia pronunciada en el "Círculo de Economía" de Barcelona, 1999).

1. Introducción.

El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, etnia, educación y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. Para la Organización Mundial de la Salud el término «desigualdad» *(inequity)* se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye en la definición una dimensión moral o ética [1,2].

Un sistema sanitario público es una conquista de la ciudadanía. Su misión es contribuir a mejorar la salud de la población dando alternativas a los problemas de salud y equilibrando las necesidades. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste, por lo tanto, en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva [3,4].

Sin embargo, los sistemas sanitarios públicos pueden estar sujetos a desigualdades, tanto en el acceso como en la utilización de algunas de sus prestaciones[1]. La mayoría de los estudios señalan que la inequidad en el acceso a la atención sanitaria contribuye a perpetuar las desigualdades sociales en salud. Así, las personas de clases sociales más aventajadas mejoran más su estado de salud que las personas de clases sociales más bajas. Este hecho es más llamativo para aquellos problemas de salud en los que existe una barrera económica (como por ejemplo, la atención dental) [1, 5-7].

Intentar conseguir la equidad en el acceso y la utilización de los servicios sanitarios ha sido una preocupación fundamental en los países que disponen de un sistema sanitario público. Esto es especialmente importante en el contexto actual, ya que los rápidos cambios poblacionales derivados de la inmigración, el aumento de la longevidad de la población, la precariedad en el trabajo y la incorporación al mercado laboral de las mujeres, dibujan una sociedad claramente estratificada por factores sociales y económicos. El aumento de las desigualdades sociales tiene necesariamente una traducción en términos de salud. Sin olvidar que el origen del problema es social y económico, y que las políticas más efectivas son las que van al origen de las desigualdades, los servicios sanitarios deben jugar el papel de reducir los daños en salud derivados de las situaciones socioeconómicas adversas [8].

El Reino Unido ha sido pionero en el estudio de los problemas de equidad en la salud. El informe Black (1977), cuyos objetivos eran estudiar con profundidad las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en ese país, así como recomendar las intervenciones necesarias para disminuirlas, constituye una referencia obligada [9,10]. De hecho, ha servido de base para investigadores de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, África-Caribe y Pakistán, que han destacado por su avance en el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud [5,7].

En España se han llevado a cabo algunos estudios sobre el acceso a los recursos sanitarios según el nivel socioeconómico[11,12], que han sido sin duda una aproximación importante al problema. Entre los datos más recientes, cabe destacar el informe SESPAS 2004, que aportó información muy valiosa sobre las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios del Estado Español con relación al sexo, nivel socioeconómico o educativo[13].

Sin embargo el conocimiento adquirido sobre la existencia de desigualdades sociales en materia de salud en nuestro país no se ha reflejado en grandes cambios en la política sanitaria. No obstante, cabe destacar algunos ejemplos de corrección de las desigualdades. Un estudio realizado en Cataluña, en el que se describe un incremento en la realización de mamografía en mujeres de 50-60 años e identifica la persistencia de las desigualdades en el acceso a algunos tipos de servicios como la atención odontológica o algunas prácticas preventivas, según el nivel socioeconómico y en estrecha relación con la disponibilidad a una cobertura sanitaria mixta[14]. Asimismo, en el País Vasco y Navarra, se consiguió disminuir las desigualdades en el acceso a la atención dental según la clase social[15].

Los estudios sobre desigualdades en salud en Andalucía no son muy numerosos y fundamentalmente tratan sobre la relación entre nivel socioeconómico y mortalidad [16,17]. Menos frecuente ha sido la realización y publicación de trabajos que exploren la existencia de desigualdades socioeconómicas y de género en el acceso a los servicios sanitarios [18,19].

Con la finalidad de contribuir al estado del conocimiento en Andalucía, se ha realizado un análisis de la Encuesta de Salud. El objetivo ha sido explorar la posible existencia de desigualdades sociales en la población adulta de Andalucía - según nivel educativo e ingresos económicos - en términos de cobertura sanitaria y utilización de diversos servicios sanitarios.

2. Métodos

2.1. Fuente de datos y muestra:

El estudio se ha basado en los datos de la última Encuesta de Salud de Andalucía de población adulta. La población base estaba formada por las personas mayores de 16 años no institucionalizadas de Andalucía en 2003. La muestra fue de 6708 personas.

2.2. Variables de utilización de servicios sanitarios:

Las variables de resultado (dependientes) que se han analizado son las siguientes:

1. Cobertura sanitaria: Doble aseguramiento público y privado (sí / no).
2. Dos variables sobre utilización de la consulta médica en las dos semanas anteriores:
   - Ha consultado algún/a médico/a en las dos últimas semanas por un problema relacionado con la propia salud (sí / no).
   - Tipo de médico consultado (ninguno, general, especialista).
3. Utilización de un servicio de urgencias en los doce meses previos (sí / no).
4. Hospitalización en el último año (si / no).
5. Quince variables relacionadas con el consumo de medicamentos:
   - Tomó algún medicamento en las dos últimas semanas (sí / no).
   - Una variable dicotómica para cada uno de 14 tipos de medicamentos (referidas a si lo tomó o no en las dos semanas previas).
6. Uso de servicios bucodentales: Ha ido al dentista o a otro profesional relacionado con la salud bucodental en los últimos seis meses (sí / no).

7. Dos variables relacionadas con la visita al ginecólogo/a:

   - Ha ido alguna vez al ginecólogo/a (sí /no).
   - Motivo de la última visita al ginecólogo/a no relacionada con embarazo o parto (por motivo relacionado con la prevención o por otros motivos). El motivo relacionado con la prevención incluye las siguientes respuestas de la encuesta: detección de cáncer de mama, detección precoz de cáncer de útero y revisiones periódicas. Los otros motivos incluyen problemas ginecológicos, planificación familiar y otros.

8. Dos variables relacionadas con otras medidas preventivas:

   - Se ha vacunado de la gripe en la última campaña (sí / no).
   - Ha recibido consejo médico de hacer ejercicio físico (sí / no).

Estas variables recogen prácticamente la totalidad de la información disponible en la encuesta de salud sobre la utilización de servicios sanitarios.

2.3. Variables de nivel socioeconómico:

Las variables explicativas (independientes) que se han analizado son las siguientes:

1. Nivel de estudios de la persona entrevistada. Se recodificó en las siguientes cinco categorías: no ha llegado a tener estudios primarios completos (incluyendo aquí a las personas que no sabían leer y escribir), estudios primarios, Educación General Básica o un nivel similar, estudios secundarios o Formación Profesional, y estudios universitarios.

2. Dos variables relacionadas con los ingresos económicos:

   a. Ingresos económicos mensuales de la familia. Se recodificó en 5 categorías: (1) menos de 500 €, (2) de 500 a 999 €, (3) de 1000 a 1499 €, (4) de 1500 a 1999, y (5) de 2000 € en adelante.[1]

   b. Dificultad económica auto-percibida (se preguntaba por la dificultad para llegar la familia a final de mes). Se recodificó en 4 categorías: (1) con dificultad o mucha dificultad, (2) con cierta dificultad, (3) con cierta facilidad, (4) con facilidad o mucha facilidad.

No se utilizó la ocupación como variable de nivel socioeconómico, debido a que un 57% de los entrevistados tenía codificada esta variable como "otras categorías profesionales" y un 28% adicional no respondió a la pregunta. Por tanto, en la mayoría de los casos no había información útil.

[1] La pregunta sobre ingresos económicos familiares tuvo una alta tasa de no respuesta (33,5%). Por ello se decidió usar también la siguiente variable, que fue respondida en la mayoría de los casos (98,5%).

2.4. Otras variables:

La relación entre el nivel socioeconómico y la utilización de servicios sanitarios puede estar influenciada por otras variables, que pueden comportarse como variables de confusión o modificadoras de efecto. En este sentido se han analizado las siguientes variables:

1. Edad, recodificada en tres grupos: de 16 a 45 años, entre 46 y 65 años, y mayor de 65 años.

2. Sexo.

3. Auto-percepción de la propia salud, recodificada en tres grupos: excelente o muy buena, buena, y regular o mala.

2.5. Análisis estadístico:

En primer lugar se realizó una descripción de la muestra según las distribuciones de frecuencia de las variables independientes. Se realizaron análisis bivariantes para:

- Explorar la relación de las variables independientes entre sí.

- Examinar la relación entre cada una de las tres variables de nivel socioeconómico elegidas con cada una de las variables de utilización de servicios [2].

Dado que todas las variables eran cualitativas, la prueba de contraste de hipótesis utilizada fue la Chi-cuadrado.

Además, se realizaron análisis multivariantes mediante regresión logística (método por pasos hacía adelante). Las variables independientes que se exploraron en cada modelo fueron la edad, el sexo, la autopercepción de salud, el nivel educativo y la dificultad económica percibida. En los casos en que se consideró que podría tener interés, se exploró también como variable independiente el tipo de cobertura sanitaria. No se utilizó el nivel de ingresos económicos, por el alto porcentaje de datos perdidos y por estar muy correlacionado con la dificultad económica percibida.

[2] Con objeto de explorar si la edad y el sexo se comportaban como variables modificadoras de efecto, los análisis anteriores se realizaron para cada estrato de edad y sexo. Estos análisis no mostraron en ningún caso que hubiera un comportamiento claramente diferente (según edad o sexo) de la relación entre nivel socioeconómico y uso de servicios. Por ejemplo no se detectó la existencia de desigualdad en un determinado grupo de edad y de patrón inverso a la desigualdad en otro grupo de edad respecto a una variable determinada de utilización de servicios. Por ello, y por problemas de potencia estadística para el análisis por estratos, en este capítulo sólo se presentan los resultados para la totalidad de la muestra; utilizándose la edad y el sexo como variables de ajuste en el análisis multivariante.

3. Resultados.

3.1. Descripción de la población estudiada.

De las 6708 personas entrevistadas, un 45% eran hombres y un 55% mujeres. Más de la mitad (57%) tenía entre 16 y 45 años y el 18% era mayor de 65 años. La salud auto-percibida fue muy buena o excelente en la tercera parte de la muestra (34%), y regular o mala en un 25%.

En cuanto al nivel de estudios, cabe destacar los dos grupos extremos: un 18,5% de las personas entrevistadas no había llegado a tener estudios primarios completos (incluyendo aquí a las que no sabían leer y escribir) y sólo el 11,5% tenía estudios universitarios. Los ingresos familiares al mes en las 4463 personas que respondieron esta pregunta (66,5% del total de la muestra) se distribuyeron de la siguiente forma: 12,5% inferior a 500 €, 34,5% de 500 a 999 €, 30% de 1000 a 1499 €, 14% de 1500 a 1999, y 9% de 2000 € en adelante. Un 15,5% de las personas entrevistadas dijeron llegar a final de mes con dificultad o mucha dificultad y un porcentaje similar con facilidad o mucha facilidad.

Todas estas variables están relacionadas entre sí. Cabe destacar que las personas mayores de 65 años y las mujeres tenían un nivel educativo menor, un nivel de ingresos económicos más bajo y mayor dificultad económica percibida que los más jóvenes y los varones, respectivamente (todas estas relaciones tuvieron un nivel de significación estadística de $p<0,0001$). Además, la autopercepción de la salud fue peor en las personas de menor nivel educativo y económico ($p < 0,0001$ en la relación de autopercepción de salud con cada una de las tres variables de nivel socioeconómico).

3.2. Cobertura sanitaria según el nivel socioeconómico.

En Andalucía en el año 2003 sólo el 4% de la población tenía doble cobertura sanitaria, pública y privada. En el análisis bivariante, el porcentaje de personas con doble cobertura fue mayor entre las que tenían un nivel educativo más alto, menor dificultad económica

Tabla 1. **Variables relacionadas con el tipo de cobertura sanitaria.**

	OR*	IC 95%	p
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	-	<0,0001
- Primarios	4,92	(1,88 – 12,88)	
- EGB o similar	11,03	(4,39 – 27,69)	
- Secundarios o FP	15,60	(6,18 – 39,35)	
Universitarios	25,50	(10,01 – 64,89)	
Dificultad económica:			
- Mucha dificultad o con dificultad	1,00	-	0,0001
- Cierta dificultad	1,26	(0,74 – 2,15)	
- Cierta facilidad	1,92	(1,15 – 3,19)	
- Facilidad/ mucha facilidad	2,60	(1,53 – 4,43)	
Sexo:			
- Varón	1,00	-	0,018
- Mujer	0,73	(0,57 – 0,94)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	0,001
- Buena	1,43	(1,08 – 1,91)	
- Regular o mala	2,00	(1,38 – 2,91)	

* OR mayores de 1 significan mayor probabilidad de doble cobertura sanitaria (pública y privada).

percibida e ingresos económicos familiares más altos (p < 0,0001 en todos los casos). En el análisis multivariante de regresión logística, las relaciones del nivel educativo y de la dificultad económica percibida con el tipo de aseguramiento se mantuvieron. Además, ser varón y tener peor salud autopercibida se asociaron a una mayor probabilidad de doble cobertura sanitaria. La edad no entró en el modelo (tabla 1).

3.3. Uso de la consulta médica según el nivel socioeconómico.

El 29% de las personas entrevistadas había consultado a algún médico/a en las dos semanas anteriores a la entrevista por un motivo relacionado con su propia salud. El 80% de estas consultas habían sido al médico general y el 20% al especialista.

En el análisis bivariante, el tipo de relación que se encontró entre las variables de nivel socioeconómico y el uso de la consulta médica fue inverso a lo que podría considerarse como un patrón de desigualdad. Así, fueron las personas con mayor frecuencia a algún médico/a en las dos semanas previas (p<0,001 en todos los casos). En la regresión logística multivariante, la relación entre nivel educativo y uso de la consulta médica siguió siendo estadísticamente significativa (tras ajustar por edad, sexo y salud autopercibida), si bien de menor magnitud que en el análisis bivariante. La relación entre dificultad económica percibida y uso de la consulta médica se mostró muy débil y sin una relación lineal, tras ajustar por las demás variables.

Tabla 2. **Variables relacionadas con la utilización de la consulta médica.**

	OR*	IC 95%	p
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	-	<0,0001
- Primarios	0,98	(0,82 – 1,17)	
- EGB o similar	0,74	(0,61 – 0,90)	
- Secundarios o FP	0,76	(0,61 – 0,95)	
- Universitarios	0,61	(0,47 – 0,79)	
Dificultad económica:			
- Mucha dificultad o con dificultad	1,00	-	0,005
- Cierta dificultad	0,98	(0,82– 1,16)	
- Cierta facilidad	1,21	(1,02 – 1,44)	
- Facilidad /mucha facilidad	0,94	(0,75 – 1,17)	
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	-	0,012
- De 46 a 65 años	1,26	(1,08 – 1,47)	
- Mayores de 65 años	1,23	(1,01 – 1,49)	
Sexo:			
- Varón	1,00	-	<0,0001
- Mujer	1,51	(1,34 – 1,70)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	< 0,0001
- Buena	1,64	(1,42 – 1,91)	
- Regular o mala	4,14	(3,48 – 4,92)	

* OR mayores de 1 significan mayor utilización de la consulta médica

de menor nivel educativo, mayor dificultad económica percibida y menores ingresos económicos las que consultaron

Además, el uso de la consulta médica fue más frecuente en los mayores de 45 años, en las mujeres y en las

personas con peor salud autopercibida (tabla 2).

En las personas que habían consultado algún médico/a en las dos semanas previas (1935), se analizó la relación entre las variables socioeconómicas y el tipo de médico consultado. Contrariamente a lo que ocurría con el uso de la consulta médica en su globalidad (sin diferenciar tipo de médico), aquí se puede ver una desigualdad en el análisis bivariante: a más nivel educativo, más nivel de ingresos económicos y menos dificultad económica percibida, es más frecuente el uso del médico/a especialista ($p < 0,01$ en todos los casos).

En la regresión logística multivariante, el nivel educativo siguió mostrando relación con el tipo de médico/a consultado, después de ajustar por otras dos variables que entraron en el modelo: la salud autopercibida y el tipo de cobertura sanitaria (siendo la visita al especialista más frecuente entre las personas que tienen peor salud y las que tienen doble aseguramiento sanitario) (tabla 3). Ni la dificultad económica percibida, ni la edad ni el sexo entraron en el modelo.

Tabla 3. **Variables relacionadas con el tipo de médico/a consultado.**

	OR*	IC 95%	p
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	-	<0,0001
- Primarios	1,22	(0,86 – 1,73)	
- EGB o similar	1,92	(1,36 – 2,71)	
- Secundarios o FP	2,52	(1,72 – 3,69)	
- Universitarios	2,25	(1,38 – 3,66)	
Tipo de cobertura sanitaria:			
- No tiene doble cobertura	1,00	-	0,032
- Doble (pública y privada)	1,75	(1,05– 2,90)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	0,004
- Buena	0,93	(0,67 – 1,30)	
- Regular o mala	1,46	(1,04 – 2,05)	

* OR mayores de 1 significan mayor utilización del médico/a especialista (frente al general)

3.4. Utilización de los servicios de urgencias según el nivel socioeconómico.

1419 personas (el 21% de la muestra) habían utilizado algún servicio de urgencias durante el año anterior a la entrevista. Aunque en los análisis bivariantes la utilización de servicios de urgencias se relacionó con el nivel educativo (patrón inverso a la desigualdad: mayor uso de las urgencias a menor nivel educativo) y con las variables de nivel económico (patrón en U: mayor uso en personas con bajos y altos niveles de ingresos y menor en niveles intermedios), estas asociaciones desaparecieron en el análisis multivariante (al ajustar por edad y por salud autopercibida, dado que el sexo no entró en el modelo). El uso de urgencias fue más frecuente en las personas menores de 46 años y con peor autopercepción de salud.

3.5. Hospitalización en el último año según el nivel socioeconómico.

Un 8,6% de las personas entrevistadas (575) había tenido algún episodio de hospitalización durante el año anterior a la entrevista. De ellas, el 28%

había estado previamente en lista de espera. La relación entre nivel socioeconómico y hospitalización, a nivel de análisis bivariante, fue distinta según la variable de nivel socioeconómico utilizada. Por una parte, el nivel educativo y los ingresos económicos familiares se asociaron con la hospitalización de forma inversa a lo que podría ser un patrón de desigualdad (menor frecuencia de hospitalización a más nivel educativo y más nivel de ingresos, $p < 0,0001$ en los dos casos). Sin embargo, la dificultad económica percibida tuvo una relación con forma de U: mayor frecuencia de hospitalización en las personas con dificultad económica percibida (cualquier grado de dificultad) y en las que tenían más facilidad, y menor frecuencia de hospitalización en las que declaraban tener cierta facilidad ($p=0,012$).

En el análisis multivariante, al ajustar por el nivel de salud autopercibida (única variable de ajuste que entró en el modelo), la relación entre nivel educativo y hospitalización perdió su significación estadística y la dificultad económica percibida mantuvo el mismo tipo de relación encontrada en el análisis bivariante (tabla 4).

Tabla 4. **Variables relacionadas con la hospitalización.**

	OR*	IC 95%	Valor de p
Dificultad económica:			
- Mucha dificultad o con dificultad	1,00	-	
- Cierta dificultad	0,90	(0,70 – 1,15)	0,037
- Cierta facilidad	0,74	(0,57 – 0,97)	
- Facilidad /mucha facilidad	1,08	(0,79 – 1,46)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	< 0,0001
- Buena	1,16	(0,91 – 1,47)	
- Regular o mala	2,92	(2,32 – 3,69)	

* OR mayores de 1 significan mayor frecuencia de hospitalización

3.6. Consumo de medicamentos según el nivel socioeconómico.

Más de la mitad de las personas entrevistadas (53%) había tomado algún medicamento en las dos semanas previas a la entrevista. En los análisis bivariantes se encontró que el consumo de medicamentos se relacionaba con el nivel educativo y económico, con un patrón inverso al que podría esperarse de haber desigualdad. Así, el consumo de medicamentos fue más frecuente a menor nivel educativo, mayor dificultad económica percibida y menores ingresos económicos ($p > 0,0001$ en todos los casos).

Sin embargo, en el análisis multivariante (al ajustar por edad, sexo y por salud autopercibida), sólo quedó una relación débil en una de las categorías de nivel educativo. Así, sólo las personas con nivel de Educación General Básica mostraron un consumo diferente (más bajo) de medicamentos al de las personas de la categoría de referencia (sin estudios primarios completos) (tabla 5). El haber tomado medicamentos en las dos semanas previas fue más frecuente en las mujeres, en las personas de más edad y peor autopercepción de salud.

Al estudiar por separado la relación entre nivel socioeconómico y consumo de cada uno de los medicamentos por los que pregunta la Encuesta de Salud, se encontraron resultados distintos según el tipo de medicamento. Los únicos medicamentos donde hubo un patrón compatible con desigualdad fueron los indicados para la

alergia (mayor consumo a más nivel educativo, tras ajustar por salud autopercibida y sexo) y las medicinas para el catarro y la gripe (mayor consumo en el estrato de nivel universitario, tras ajustar por salud autopercibida y edad) (tabla 50). La dificultad económica percibida no se relacionó con el consumo de estos medicamentos.

Tabla 5. **Variables relacionadas con el consumo de medicamentos*.**

	OR** (IC-95%)		
	Consumo de algún medicamento	**Consumo de medicamentos para la alergia**	**Consumo de medicamentos para el catarro**
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	1,00	1,00
- Primarios	0,93 (0,75-1,15)	1,14 (0,66-1,99)	0,98 (0,72-1,33)
- EGB o similar	0,78 (0,62-0,96)	1,79 (1,07-3,01)	1,20 (0,87-1,65)
- Secundarios o FP	0,89 (0,70-1,12)	2,35 (1,36-4,05)	1,23 (0,87-1,73)
- Universitarios	1,05 (0,82-1,34)	3,76 (2,14-6,62)	1,59 (1,11-2,29)
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	*Variable que no*	1,00
- De 46 a 65 años	2,14 (1,85-2,48)	*entra en el*	0,73 (0,57-0,94)
- Mayores de 65 años	5,16 (4,12-6,46)	*modelo*	0,76 (0,55-1,04)
Sexo:			*Variable que no*
- Varón	1,00	1,00	*entra en el*
- Mujer	1,84 (1,65-2,07)	2,27 (1,60-3,21)	*modelo*
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	1,00	1,00
- Buena	1,75 (1,54-1,98)	1,21 (0,81-1,80)	1,40 (1,13-1,74)
- Regular o mala	7,75 (6,44-9,31)	2,60 (1,69-3,99)	2,15 (1,66-2,78)

* Se incluye la variable general sobre consumo de medicamentos (haber consumido algún medicamento en las dos semanas previas) y las variables de los únicos medicamentos donde se encuentra un patrón compatible con desigualdad social (para la alergia y para el catarro / gripe).
** OR mayores de 1 significan más frecuencia de consumo de medicamentos

En varios medicamentos se encontró un patrón que podría considerarse como inverso a la desigualdad, tras ajustar por edad, sexo y salud autopercibida. Así hubo mayor consumo en los niveles educativos más bajos de las medicinas para el reuma, para la tensión arterial, para el colesterol y para la diabetes. Igualmente, los medicamentos para problemas digestivos se consumieron más por las personas con mayor dificultad económica percibida. Todos estos medicamentos fueron más consumidos por las personas mayores de 65 años y las que tenían una salud autopercibida regular o mala. Además, las mujeres tomaron más medicamentos para el reuma y la tensión arterial que los hombres.

La situación más frecuente (en 7 de los medicamentos analizados) fue la falta de asociación con las variables de nivel socioeconómico exploradas en los análisis multivariantes. Así ocurrió en el caso de los medicamentos para el dolor y la fiebre, para el corazón, reconstituyentes, antibióticos, tranquilizantes, antidepresivos y anticonceptivos. El consumo de muchos de estos medicamentos se relacionó con la edad (generalmente, en el sentido de más consumo a más edad, salvo en los anticonceptivos y en los antidepresivos), el sexo (mayor consumo en las mujeres, salvo en los medicamentos del corazón, que fueron más usados por los hombres), y el nivel de salud autopercibida (mayor consumo a peor salud).

3.7. Uso de servicios bucodentales según el nivel socioeconómico.

Una cuarta parte de las personas de la muestra habían ido al dentista u otro profesional relacionado con la salud bucodental en los seis meses anteriores. En los análisis bivariantes se detectó una clara relación entre las tres variables de nivel socioeconómico y el uso de servicios bucodentales. Esta relación denota la existencia de desigualdad, ya que estos servicios se utilizan con mayor frecuencia a mayor nivel educativo, menor dificultad económica percibida y mayores ingresos económicos familiares (p<0,0001 en todos los casos). Estas asociaciones se mantuvieron en el análisis multivariante, tras ajustar por edad y sexo (ni la autopercepción de salud ni el tener doble cobertura sanitaria entraron en el modelo). Así, hay un claro gradiente en la frecuencia de uso de los servicios bucodentales según nivel educativo (casi tres veces mayor en universitarios que en personas que no llegan a tener los estudios primarios completos) y dificultad económica percibida. Además, este tipo de servicios se utiliza más por personas menores de 46 años que por los mayores, y por las mujeres que por los hombres (tabla 6).

Tabla 6. **Variables relacionadas con el uso de servicios bucodentales.**

	OR	IC 95%	Valor de p
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	-	<0,0001
- Primarios	1,35	(1,07 – 1,69)	
- EGB o similar	1,68	(1,32 – 2,12)	
- Secundarios o FP	1,98	(1,54 – 2,54)	
- Universitarios	2,80	(2,14 – 3,66)	
Dificultad económica:			
- Mucha dificultad o con dificultad	1,00	-	<0,0001
- Cierta dificultad	1,25	(1,03– 1,51)	
- Cierta facilidad	1,34	(1,10 – 1,62)	
- Facilidad /mucha facilidad	1,61	(1,29 – 2,01)	
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	-	<0,0001
- De 46 a 65 años	0,82	(0,70 – 0,96)	
- Mayores de 65 años	0,55	(0,44 – 0,69)	
Sexo:			
- Varón	1,00	-	<0,0001
- Mujer	1,30	(1,15 – 1,46)	

- OR mayores de 1 significan un uso más frecuente de los servicios bucodentales.

3.8. Uso de la consulta ginecológica según el nivel socioeconómico.

De las 3641 mujeres que contestaron la pregunta sobre uso de la consulta ginecológica (99% del total de mujeres entrevistadas), el 77% había ido alguna vez en su vida al ginecólogo/a.

El hecho de haber usado alguna vez la consulta ginecológica se relacionó en los análisis bivariantes con todas las variables de nivel socioeconómico, aunque de forma más evidente con el nivel de estudios y con los ingresos económicos familiares: fue más frecuente entre las mujeres de mayor nivel educativo e ingresos económicos superiores (p < 0,0001 en los dos casos). En el análisis multivariante, se mantuvo la relación entre nivel de estudios y uso de la visita ginecológica (salvo en el estrato de

estudios secundarios y formación profesional), tras ajustar por edad y salud autopercibida (tabla 7). La dificultad económica percibida y el tipo de cobertura sanitaria no entraron en el modelo.

Tabla 7. **Variables relacionadas con la utilización de la consulta ginecológica.**

	OR*	IC 95%	p
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	-	<0,0001
- Primarios	2,09	(1,59 – 2,75)	
- EGB o similar	1,79	(1,32 – 2,43)	
- Secundarios o FP	1,31	(0,94 – 1,82)	
- Universitarios	2,77	(1,83 – 4,17)	
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	-	<0,0001
- De 46 a 65 años	2,25	(1,69 – 2,99)	
- Mayores de 65 años	0,38	(0,28 – 0,51)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	0,040
- Buena	1,29	(1,05 – 1,60)	
- Regular o mala	1,29	(1,01 – 1,67)	

*OR mayores de 1 significan mayor utilización de la consulta ginecológica

En las mujeres de la muestra que habían ido alguna vez en su vida al ginecólogo/a, se analizó la relación entre las variables de nivel socioeconómico y el motivo de la última visita ginecológica (exceptuando las debidas a embarazo o parto). En los análisis bivariantes, las tres variables de nivel socioeconómico se relacionaron fuertemente con el motivo de la consulta, siendo más frecuente el ir por motivos preventivos (detección precoz del cáncer de mama y cuello uterino o revisiones periódicas) a más nivel educativo, ingresos económicos y facilidad económica percibida ($p < 0,0001$ en todos los casos).

En el análisis multivariante, tras ajustar por la edad, se mantuvieron las asociaciones entre variables socioeconómicas y motivo de la consulta ginecológica (tabla 8). Ni la salud autopercibida ni el tipo de cobertura sanitaria entraron en el modelo.

Tabla 8. **Variables relacionadas con el motivo de la última consulta ginecológica.**

	OR	IC 95%	p
Nivel educativo:			
- No tiene primarios completos	1,00	-	<0,0001
- Primarios	1,58	(1,22 – 2,04)	
- EGB o similar	1,94	(1,46 – 2,57)	
- Secundarios o FP	2,50	(1,81 – 3,45)	
- Universitarios	2,82	(1,96 – 4,07)	
Dificultad económica:			
- Mucha dificultad o con dificultad	1,00	-	0,001
- Cierta dificultad	1,18	(0,93– 1,49)	
- Cierta facilidad	1,48	(1,16 – 1,88)	
- Facilidad /mucha facilidad	1,68	(1,23 – 2,28)	
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	-	<0,0001
- De 46 a 65 años	1,80	(1,46 – 2,23)	
- Mayores de 65 años	0,65	(0,49 – 0,88)	

* OR mayores de 1 significan mayor utilización de la consulta ginecológica por motivo preventivo

3.9. Uso de otras medidas preventivas según el nivel socioeconómico.

Se analizó la relación entre nivel socioeconómico y dos medidas preventivas por las que se preguntaba en la Encuesta de Salud: la vacuna antigripal y el consejo médico de hacer ejercicio físico. El 18% de los entrevistados respondió haberse vacunado de la gripe en la última campaña y el 25% dijo haber recibido consejo de hacer ejercicio físico de su médico/a.

En los análisis bivariantes, la relación entre todas las variables de nivel socioeconómico y estas dos medidas preventivas fue similar: fueron las personas de menor nivel de estudios, mayor dificultad económica percibida y menor nivel de ingresos las que más frecuentemente se vacunaron de la gripe y más refirieron haber recibido consejo del médico/a para hacer ejercicio físico ($p < 0,0001$ en todos los casos). En este sentido, puede decirse que la relación siguió un patrón inverso a la desigualdad.

Sin embargo, estas asociaciones desaparecieron por completo en el caso de la vacuna antigripal en el análisis multivariante, cuando se ajustó por edad, sexo y autopercepción de la salud. El haberse vacunado de la gripe en la última campaña fue más frecuente a mayor edad, en los varones, y a peor salud autopercibida. Además, se asoció a tener una doble cobertura sanitaria, con una OR de 1,65 (tabla 9).

En el caso del consejo del médico/a de hacer ejercicio físico, también se perdió la asociación con el nivel educativo en el análisis multivariante. Sin embargo, se mantuvo una relación con la dificultad económica percibida, siendo menos frecuente este tipo de consejo en los niveles intermedios de dificultad que en los niveles extremos. El consejo de hacer ejercicio fue más frecuente a mayor edad, en las mujeres y a peor salud autopercibida. Lo mismo que ocurrió en el caso de la vacuna antigripal, fue también más frecuente en las personas con doble cobertura sanitaria (tabla 10).

Tabla 9. **Variables relacionadas con la vacunación antigripal en la última campaña.**

	OR*	IC 95%	Valor de p
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	-	< 0,0001
- De 46 a 65 años	3,71	(3,04 – 4,53)	
- Mayores de 65 años	16,97	(13,83 – 20,82)	
Sexo:			
- Varón	1,00	-	0,001
- Mujer	0,77	(0,66 – 0,89)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	< 0,0001
- Buena	1,57	(1,26 – 1,95)	
- Regular o mala	2,46	(1,96 – 3,09)	
Tipo de cobertura sanitaria:			
- No tiene doble cobertura	1,00	-	0,007
- Doble cobertura	1,65	(1,14 – 2,39)	

* OR mayores de 1 significan mayor utilización de la vacuna antigripal en la última campaña

Tabla 10. **Variables relacionadas con haber recibido consejo del médico/a de hacer ejercicio físico.**

	OR*	IC 95%	Valor de p
Dificultad económica:			
- Mucha dificultad o con dificultad	1,00	-	< 0,0001
- Cierta dificultad	0,74	(0,62– 0,88)	
- Cierta facilidad	0,68	(0,57 – 0,82)	
- Facilidad /mucha facilidad	1,00	(0,80 – 1,25)	
Edad:			
- De 16 a 45 años	1,00	-	<0,0001
- De 46 a 65 años	2,94	(2,53 – 3,42)	
- Mayores de 65 años	4,42	(3,73 – 5,24)	
Sexo:			
- Varón	1,00	-	<0,0001
- Mujer	1,26	(1,11 – 1,43)	
Salud autopercibida:			
- Excelente o muy buena	1,00	-	< 0,0001
- Buena	1,79	(1,51 – 2,13)	
- Regular o mala	3,38	(2,79 – 4,09)	
Tipo de cobertura sanitaria:			
- No tiene doble cobertura	1,00	-	0,001
- Doble cobertura	1,65	(1,22 – 2,24)	

* OR mayores de 1 significan mayor frecuencia de haber recibido consejo de hacer ejercicio físico

4. Discusión.

Este análisis de la Encuesta de Salud de Andalucía del año 2003 pone de manifiesto la coexistencia en el tiempo de patrones de uso de los servicios sanitarios que son compatibles con las desigualdades sociales y de patrones compatibles con la corrección de estas desigualdades por la universalidad del sistema sanitario. Entre los primeros cabe destacar el mejor acceso a los servicios bucodentales de las personas con mayor nivel socioeconómico y el mayor uso de la consulta ginecológica para revisiones periódicas y pruebas de detección precoz del cáncer en las mujeres con nivel educativo más alto y menor dificultad económica. Sin embargo, hay que subrayar que no se han encontrado patrones de desigualdad en el uso de la mayor parte de los servicios analizados (hospitalización, urgencias, la mayoría de los medicamentos, algunas medidas preventivas) y que algunos servicios son más usados por las personas de menor nivel educativo (como la consulta médica). Estos hallazgos pueden estar reflejando el potencial de un sistema sanitario público para corregir desigualdades en el acceso a los servicios, si bien puede haber matices que merecen ser discutidos en mayor profundidad.

Las relaciones entre renta y salud (a mayor renta mejor salud) han sido un clásico de las discusiones sobre el hecho de enfermar y diversas publicaciones han recogido gran parte de la evidencia existente[20], además de estar entre los aspectos de las desigualdades tratados en algunas ocasiones por los medios de comunicación[21]. El logro de la equidad en el acceso junto a la utilización eficiente de los servicios son objetivos expresados por la mayoría de los sistemas sanitarios públicos, a la vez que un motivo de debate entre los principales economistas de la salud[22]. En el análisis realizado, las personas mayores de 65 años y las mujeres tuvieron menor nivel educativo, unos ingresos económicos más bajos y mayor dificultad económica autopercibida (en comparación con los más jóvenes y con los hombres, respectivamente). Además, a menor nivel educativo y económico peor autopercepción de la salud. Sería razonable pensar que los sistemas sanitarios van a ser capaces de tener en cuenta estos aspectos a la hora de planear el acceso a los servicios sanitarios, especialmente porque estos grupos parten con desventaja en situaciones de enfermedad o discapacidad y porque estos sistemas sanitarios tratan de, bajo el principio de justicia de la ética principalista, corregir las distintas oportunidades y la distribución de los recursos relacionados con la salud.

Las variables que de forma más clara mostraron un patrón de desigualdad fueron la cobertura sanitaria (mayor frecuencia de doble cobertura a más nivel educativo y menos dificultad económica), el uso de los servicios bucodentales y de la consulta ginecológica con fines preventivos (mayor uso a más nivel educativo y menos dificultad económica, en ambas variables). Estas variables merecen un análisis por separado.

Respecto a la cobertura sanitaria, solo un 4% de la población tenía doble cobertura, siendo ésta más frecuente entre las personas con ingresos mayores y estudios universitarios (en torno al 11%). Este porcentaje, aunque pudo estar infraestimado, es inferior a la media española y al de comunidades con mayor renta per cápita[23]. Aunque el hecho de tener doble cobertura esté relacionado con el nivel de renta, no es posible concluir que esto conlleve desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios. La cuestión del doble aseguramiento y sus causas se ponen como ejemplo de las dificultades de entender y explicar algunos aspectos del "mercado" sanitario[24,25], planteándose si

se incentiva con la doble cobertura una mayor utilización innecesaria de servicios, con la consiguiente medicalización de situaciones cotidianas de la vida y tecnificación de la relación con el sistema sanitario.

Por otro lado estarían los servicios relacionados con actividades con un alto componente preventivo (la atención bucodental y la visita ginecológica para revisión periódica o detección precoz del cáncer). Los resultados de este estudio son similares a los de Cataluña[14], donde se encontraron desigualdades según la clase social en las visitas odontológicas. Esto puede interpretarse como un caso claro de desigualdad, ya que la prevalencia de caries entre los adultos es cercana al 100%[26], y el índice de reparación es mayor en las clases sociales altas. Al mismo tiempo, estas diferencias ponen de manifiesto cómo puede persistir la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios cuando éstos no están cubiertos por el sistema sanitario público.

Sin embargo, el mayor uso de la consulta ginecológica con fines preventivos entre las mujeres con un nivel educativo y económico más elevado, es un resultado que debe ser considerado con prudencia, ya que puede ser difícil trazar una frontera entre la desigualdad en el acceso y la ya apuntada medicalización de determinados aspectos de la vida[27], que puede estar llevando a un mayor uso innecesario en determinados grupos. De hecho, en Estados Unidos se ha descrito que la mayoría de las mujeres se someten al cribado de cáncer de cuello uterino con mayor frecuencia de la recomendada[28], incluso muchas siguen con el cribado después de haber tenido una histerectomía[29]. Es más, entre las mujeres a las que se han detectado por citología lesiones de dudoso significado (ASCUS: *atypical squamous cells of undetermined significance*), las de mayor nivel económico o con seguro privado han tenido con mayor frecuencia biopsias innecesarias que las de clases más desfavorecidas[30]. Igualmente, se ha descrito que el infrauso y el sobreuso del cribado de cáncer de mama pueden convivir al mismo tiempo[31].

Esta hipótesis de una posible medicalización de las clases sociales más altas podría verse reforzada con el resultado de una de las principales variables relacionadas con el uso de servicios sanitarios: la consulta médica. Cabe destacar que el uso de la consulta del médico/a especialista (por contraposición al médico general) y de la consulta ginecológica (por cualquier motivo) fueron más frecuentes a mayor nivel educativo. Tal como citan J. Gervás y M. Pérez, en diferentes estudios realizados en otros países se muestra esta misma correlación de mayor uso de los especialistas por parte de las clases con mayores recursos económicos[32], lo que nos hace suponer que podría responder a un modelo arraigado, y que podría relacionar el uso del médico general con sistemas de beneficencia o de seguridad social, y el uso de los especialistas con medicina tecnificada y más resolutiva. Curiosamente se encontró en el análisis multivariante una relación inversa al patrón de desigualdad en el caso de la utilización de la consulta médica en las dos semanas previas, siendo ésta más frecuente a menor nivel educativo. Esto puede estar relacionado con factores de accesibilidad del médico general[33] y con la mayor frecuencia de uso de su consulta en los niveles educativos más bajos. Sin embargo, a la vista de los resultados, tampoco puede descartarse que pueda haber algún tipo de desigualdad en el uso de la medicina especializada cuando ésta es necesaria.

Una vez discutidos los hallazgos referentes a servicios sanitarios más utilizados por clases sociales altas, merece la pena subrayar que en la mayoría de los

servicios no se ha encontrado un patrón de desigualdad. Así ha ocurrido con la hospitalización, las urgencias, la mayor parte de los medicamentos y las medidas preventivas ligadas a la atención primaria (vacuna de la gripe y consejo de ejercicio físico). Es más, en algunos casos, como el uso de medicamentos para factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, colesterol y diabetes), tras ajustar por posibles factores de confusión, se encontró un patrón inverso al que cabría esperar de haber desigualdad: mayor consumo a menor nivel educativo. Esto podría ser coherente con la mayor frecuencia de visita al médico general en las clases más desfavorecidas, suponiendo a los médicos de atención primaria una mayor concienciación con las prácticas preventivas.

Con todo, a la hora de sacar conclusiones acerca de la existencia de desigualdades y el potencial del sistema sanitario público para corregirlas, es importante tener en cuenta las limitaciones del estudio. Éste se ha basado en la información disponible en la Encuesta de Salud, y no se han podido explorar servicios donde es posible que existan desigualdades en el acceso (como la alta tecnología). Asimismo, hubiera tenido interés analizar algunas actividades preventivas no incluidas en la encuesta de salud de Andalucía, como la toma periódica de tensión arterial o la realización de mamografías. Estas variables sí están recogidas en otros estudios sobre desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios realizados en España[8,34] y en otros países[35], aunque los resultados no siempre han mostrado desigualdad.

Por otra parte, el tamaño muestral de la encuesta no permite hacer análisis separados para explorar la existencia de desigualdades en grupos de personas con necesidades similares (por ejemplo, diabéticas, con cardiopatía isquémica o con cáncer) ni ajustar los análisis multivariantes por características clínicas. Este hecho nos lleva a mantener la alerta respecto a las variables en las que no se ha encontrado un patrón de desigualdad.

A la luz de todos los hallazgos y teniendo en cuenta las propias limitaciones del estudio, cabría hacer algunas recomendaciones. En primer lugar, es necesario avanzar en la investigación sobre desigualdades en aquellos servicios más costosos y donde el acceso puede ser más difícil, como la alta tecnología sanitaria, y explorar si las diferencias encontradas en el uso de la medicina especializada están realmente traduciendo una desigualdad. En futuras encuestas de salud, podrían añadirse algunas variables en este sentido, además de mejorar el grado de cumplimiento de variables como la ocupación. En segundo lugar, respecto a los servicios bucodentales, el sistema sanitario público debería analizar la posibilidad de su cobertura de manera más completa en relación a otras prioridades. Sería importante profundizar acerca de si las diferencias sociales en el uso de la consulta ginecológica con fines preventivos están traduciendo una desigualdad en la detección precoz del cáncer de cuello uterino (que también se hace desde la atención primaria) y de mama (organizado mediante programa poblacional en Andalucía). Asimismo, sería interesante conocer si estos resultados no están reflejando en parte una medicalización de las mujeres de clases más altas.

Por último y en cualquier caso, no debe olvidarse que la principal fuente de desigualdades en salud no está en el sistema sanitario, como tampoco lo está la forma de corregirlas[20].

5. Bibliografía.

1. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Bosà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18(supl1):2-6.

2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429-45.

3. Amick III B, Levine S, Tarlov A, Chapman Walsh D, editors. Society and Health. New York: Oxford University Press, 1995.

4. Bergerson AC. A systems approach to patient centered care. JAMA. 2006;20:2848-51.

5. Bolam BL. Public participation in tackling health inequalities: implications from recent qualitative research. Eur J Public Health. 2004;15:447.

6. Kunst AE, Bos V, Mackenbach J. Monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union: Guidelines and Illustrations. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 2000.

7. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2004;18(Supl1):158-67.

8. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. Gac Sanit. 2006;20:352-9.

9. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. The Black Report. En: Towsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide. London: Penguin Books, 1988.

10. Whitehead M. The Health Divide. En: Towsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide. London: Penguin Books, 1988.

11. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos,1994.

12. Lostao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/1997. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:115-28.

13. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 (Supl1):2-6.

14. Borrell C, Rajmil L, Pérez G. Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris. En: Borrell C, Benach J (coordinadors). Evolució de les desigualtats en la salud a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.

15. Freire JM. El programa dental de atención infantil. (PADI) de Navarra y el País Vasco: logros y nuevas metas. An Sist Sanit Navar.2003; 26:423-8.

16. Ruiz-Ramos M, Escolar A, Sánchez J, Garrucho G. Evolución de las desigualdades sociales en la mortalidad general de la ciudad de Sevilla (1994-2002). Gac Sanit. 2006; 20:303-10.

17. Ruiz-Ramos M, Viciana-Fernández F. Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. Gac Sanit. 2004;18:260-7.

18. Aguado-Romeo MJ, Márquez-Calderón S, Buzón ML. Diferencias entre

mujeres y hombres en el acceso a procedimientos intervencionistas cardiovasculares en los hospitales públicos de Andalucía. Rev Esp Cardiol. 2006;59:785-93.

19. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la Atención Primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. Aten Primaria. 2004;33:305-11.

20. Evans RG, Barer ML, Marmor TR. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Madrid: Díaz de Santos, 1996.

21. Mujeres y pobres marginados en salud. El País 2004-Sept-7; Sociedad pag 35.

22. Culyer AJ. The bogus conflict between efficiency and vertical equity. Health Econ. 2006;15:1155-8.

23. Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncá S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?. Gac Sanit. 2005;19:15-21.

24. López-Casasnovas G, Sáez M. A vueltas con el aseguramiento sanitario privado. Gac Sanit. 2005;19:59-64.

25. Colombo F, Tapay N. Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. OECD Health Working Papers nº15. Paris: OECD, 2004.

26. Cortés J, Llodra JC. Salud pública bucodental. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Informe SESPAS 2002. Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Consellería de Sanitat, 2002.

27. Márquez S, Meneu R. La medicalizacion de la vida y sus protagonistas. Gest Clín Sanit. 2003;5:47-53.

28. Sirovich BE, Welch HG. The frequency of Pap smear screening in the United Status. J Gen Intern Med. 2004;19:243-50.

29. Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. JAMA. 2004;291:2990-3.

30. Lousuebsakul V, Knutsen SM, Singh PN, Gram IT. Is colposcopic biopsy overused among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS)?. J Womens Health (Larchmt). 2003;12:553-9.

31. Bynum JP, Braunstein JB, Sharkey P, Haddad K, Wu AW. The influence of health status, age, and race on screening mammography in elderly women. Arch Inter Med. 2005;165:2083-8.

32. Gervás J, Pérez M. Aviso para navegantes solitarios en el mar de la incertidumbre. Economía y salud. 2005;1:14-5.

33. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, for the OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. CMAJ. 2006;174:177-84.

34. Borrell C, Benach J. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gac Sanit. 2006;20:396-406.

35. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. Access ti care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a cross-national population-based survey. Am J Public Health. 2006;96:1300-7.

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 8.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *Un sistema sanitario público es una conquista de la ciudadanía. Su misión es contribuir a mejorar la salud de la población dando alternativas a los problemas de salud y equilibrando las necesidades. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste, por lo tanto, en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva. Sin embargo, los sistemas sanitarios públicos pueden estar sujetos a desigualdades, tanto en el acceso como en la utilización de algunas de sus prestaciones.*

- Nuestro análisis de la Encuesta de Salud de Andalucía del año 2003 pone de manifiesto la coexistencia en el tiempo de patrones de uso de los servicios sanitarios que son compatibles con las desigualdades sociales y de patrones compatibles con la corrección de estas desigualdades por la universalidad del sistema sanitario. Entre los primeros cabe destacar el mejor acceso a los servicios bucodentales de las personas con mayor nivel socioeconómico y el mayor uso de la consulta ginecológica para revisiones periódicas y pruebas de detección precoz del cáncer en las mujeres con nivel educativo más alto y menor dificultad económica. Hay un claro gradiente en la frecuencia de uso de los servicios bucodentales según nivel educativo (casi tres veces mayor en universitarios que en personas que no llegan a tener los estudios primarios completos) y la dificultad económica percibida.

- *Respecto a la cobertura sanitaria, solo un 4% de la población tenía doble cobertura, siendo ésta más frecuente entre las personas con ingresos mayores y estudios universitarios (en torno al 11%). Este porcentaje, aunque pudo estar infraestimado, es inferior a la media española y al de comunidades con mayor renta per cápita. Aunque el hecho de tener doble cobertura esté relacionado con el nivel de renta, no es posible concluir que esto conlleve desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios. A más nivel educativo, más nivel de ingresos económicos y menos dificultad económica percibida es más frecuente el uso del médico/a especialista.*

- Sin embargo, hay que subrayar que no se han encontrado patrones de desigualdad en el uso de la mayor parte de los servicios analizados como hospitalización, urgencias, la mayoría de los medicamentos, algunas medidas preventivas y que algunos servicios son más usados por las personas de menor nivel educativo (como la consulta médica). En algunos casos, como el uso de medicamentos para factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, colesterol y diabetes), tras ajustar por posibles factores de confusión, se encontró un patrón de mayor consumo a menor nivel educativo. Esto podría ser coherente con la mayor frecuencia de visita al médico general en las clases más desfavorecidas.

- *Los únicos medicamentos donde hubo un patrón compatible con desigualdad fueron los indicados para la alergia (mayor consumo a más nivel educativo, tras ajustar por salud autopercibida y sexo) y las medicinas para el catarro y la gripe (mayor consumo en el estrato de nivel universitario, tras ajustar por salud autopercibida y edad). La dificultad económica percibida no se relacionó con el consumo de estos medicamentos.*

- Sería importante profundizar acerca de si las diferencias sociales en el uso de la consulta ginecológica con fines preventivos están traduciendo una desigualdad en la detección precoz del cáncer de cuello uterino (que también se hace desde la atención primaria) y de mama (organizado mediante programa poblacional en Andalucía). Asimismo, sería interesante conocer si estos resultados no están reflejando en parte una medicalización de las mujeres de clases más altas.

CAPÍTULO 9.

El modelo sanitario de Andalucía y las desigualdades en salud.

Manuela Alvarez Girón
Ana Mª Solano Parés
Carmen García Gil
Concepción Cruz Rojo

Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina.
Universidad de Sevilla

"Mientras la creación y el mantenimiento de unas condiciones de vida decentes para todas las personas no sean reconocidos como una obligación natural por todos los pueblos y países -mientras tanto- no podremos hablar, con un cierto grado de justificación, de una humanidad civilizada".

(Albert Einstein, 1945).

1. Introducción.

El modelo sanitario de Andalucía se inicia en el año 1982 con la intención de poner en marcha un nuevo sistema que redujera los desequilibrios territoriales y sociales que los servicios sanitarios anteriores generaron; había implícita una opción ideológica por la igualdad y la equidad. La Atención Primaria de Salud, fruto de la Conferencia Internacional que en fechas recientes (1978) se había celebrado en Alma-Ata, fue el eje de la Reforma.

Sin embargo, grandes obstáculos impedirían su implantación real. Unos provenientes del contexto internacional y otros del interior del propio partido que proponía la Reforma. Entre los primeros debemos considerar que la crisis económica del 73 había generado una reacción política conservadora encabezada por Estados Unidos e Inglaterra. No eran tiempos de redistribución de la riqueza, aunque en España el fin de la dictadura exigiera políticas socialdemócratas.

El partido socialista que había logrado la adhesión de los andaluces, presentó serias deficiencias al abordar la anunciada reforma sanitaria. Cierta rivalidad entre la administración central y autonómica provocó medidas reformadoras apresuradas, precisamente en un momento en que lo necesario era la máxima cohesión. Por otro lado, resultaba sorprendente la ausencia de una reflexión filosófica madura sobre las bases que debieran sustentar un nuevo modelo sanitario, por lo que en realidad se copiaron las palabras presentes en la declaración de Alma-Ata, pero vacías de contenido; ello tuvo como consecuencia una reducción progresiva de las mismas a los presupuestos biologicistas que dominaban y siguen dominando el pensamiento médico, también el de los reformadores. La prisa o quizás mejor dicho, el estilo de los nuevos gobernantes impidió un debate social que permitiera el apoyo mínimo necesario para sostener cualquier reforma.

La falta de foros abiertos para el debate ideológico, la inmadurez de las propuestas y la competitividad interna, llevaron a la quiebra, en muy pocos años, a la Reforma, quedando de ella una capa superficial de modernización de la red periférica de los servicios médicos.

2. Crisis del modelo biologicista en España: necesidad de una reorientación.

El modelo biologicista de las ciencias médicas establecido en el modelo sanitario de la Seguridad Social, alcanza su máximo esplendor en España durante las décadas de los años 60 y 70 (Solano, 1983). Durante este periodo se dan un conjunto de circunstancias que explican el éxito del modelo. La mejora de las condiciones de vida, originó una importante reducción de la mortalidad general, y sobre todo de la mortalidad infantil, a la vez que hubo un aumento de la natalidad. El sistema de financiación empleado propició una gran acumulación en la Seguridad Social, por lo que aumentaron los recursos sanitarios disponibles, fundamentalmente la infraestructura hospitalaria, incorporando nuevas tecnologías.

Esta situación fue interpretada y divulgada en los siguientes términos: los avances científicos aplicados a la medicina han permitido la curación de las enfermedades que eran mayoritariamente infecciosas, para las que el descubrimiento y desarrollo de los antibióticos ha supuesto una solución fundamental. Ha sido la curación de enfermedades la que ha reducido la mortalidad general de la población, y ello ha aumentado la esperanza de vida. El resultado final de

esta acción médica ha sido la mejora de la salud de la población. Es la falacia que ya denunciara Mckeown (1966). Mientras se trató de una población joven y sana (años 60 y primera mitad de los 70) que requería una escasa asistencia, el modelo de la Seguridad Social funcionó. El problema se establece cuando los cambios culturales y políticos exigen la universalización de la asistencia, y los cambios socio-económicos ponen de relieve los problemas crónicos y degenerativos (Robles, 1995), que una vez diagnosticados no abandonan nunca su dependencia de los servicios sanitarios. A ello hemos de sumar la rapidez del desarrollo tecnológico que encarece la asistencia médica con una tecnología que se renueva sin haber sido evaluada, ni amortizada, y cuya incorporación no excluye el uso de técnicas anteriores, sino que en muchos casos solo aumenta la batería de pruebas complementarias.

El extraordinario aumento de las desigualdades en los últimos años se refleja en el ámbito sanitario a través del aumento de la patología aún de las que parecían haberse controlado. Esta nueva situación está originada al querer perpetuar, en el modelo reformado de atención médica, el paradigma biologicista que intentó responder a los problemas de salud propios de un momento histórico y una situación social diferente a la actual (Nájera E, 1989). En realidad la Reforma sanitaria nunca llegó a las bases conceptuales del modelo médico, por ello el modelo sanitario actual ignora la existencia de desigualdades en la salud las cuales no son consideradas un problema prioritario en las políticas sanitarias de nuestro país. Aunque en la mayoría de los planes de salud aparecen principios, valores y objetivos e incluso se incluye la utilización de la variable socioeconómica como categoría de análisis al describir la situación de salud de la población, son escasas las propuestas de intervención encaminadas hacia el control de las desigualdades en salud, (Borrell C, 2005).

Aunque en la última década se han multiplicado los estudios de desigualdades en salud, se han publicado muy pocas intervenciones y menos aún estudios evaluativos. Entre las escasas intervenciones dirigidas a resolver desigualdades en salud la mayoría son realizadas a través de instituciones fuera del sistema sanitario mediante subvenciones a ONG,s como Cáritas, Médicos del Mundo, y dirigidas en su mayoría a grupos de población marginada, prostitutas, inmigrantes, drogadictos, personas de etnia gitana, intervenciones que suelen ser de tipo paliativo o de prevención terciaria y nunca sobre determinantes de la salud (Diez E, Peiró R., 2004). La sensibilidad de género recogida en las políticas formuladas en los planes de salud es mínima, es decir éstos no tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación, el único análisis que aparece y no siempre, se refiere a la desagregación por sexo como categoría biológica. (Peiró R, 2004)

Estamos tan lejos de conocer la efectividad del sistema sanitario en relación a la superación de desigualdades que ni siquiera los sistemas de información recogen variables sociales que permitieran realizar estos estudios (Gispert R, 2006).

Las desigualdades en salud no se solucionan buscando nuevas respuestas a las preguntas tradicionales que nos hacemos acerca de la salud y la enfermedad, sino siendo capaces de formular adecuadamente las nuevas preguntas que hoy nos provoca el panorama sanitario. En esta línea parecían inscribirse algunos países que concurrieron a la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, de ahí la esperanza en que la reforma

sanitaria tuviera como eje los contenidos de Alma-Ata

3. La Conferencia de Alma-Ata: la Atención Primaria y las desigualdades en salud.

La conferencia de Alma-Ata trató de encontrar una estrategia para desarrollar el lema "Salud para Todos" propuesto por la OMS en 1977, que cumpliera el doble objetivo de atender a la salud de los nuevos países independientes y de responder a la crisis de los servicios sanitarios de los países occidentales. Entonces aún cabía el discurso acerca de la igualdad esencial entre los hombres y el deseo de superar las desigualdades existentes.

La declaración final refleja el intento de satisfacer las necesidades de salud de todo el mundo a través del concepto potencialmente revolucionario de la Atención Primaria de Salud; la Conferencia fue más allá de los límites de la medicina preventiva y curativa e intentó dirigirse hacia las causas subyacentes de la pobreza, el hambre y los problemas de salud de los países históricamente empobrecidos por las distintas formas de dominación económica internacional (Sanpedro y Berzosa, 1996).

Este enfoque sólo resulta explicable por la concurrencia de dos factores, de un lado la presencia en los foros internacionales del Movimiento de Países no Alineados, de otro la necesidad de los países occidentales de frenar el gasto sanitario que a partir de la crisis económica de los 70 se convertía en un problema sin solución.

Se inicia la Declaración marcando una serie de hitos. Como objetivo central de la Atención Primaria se plantea la superación de las desigualdades ante la salud. Para ello reconoce a la salud como un derecho fundamental, y por tanto la salud de la población pasa a considerarse un objetivo social inalcanzable sin la acción conjunta de los sectores políticos, sociales y económicos, además del estrictamente sanitario.

Declara inaceptable tanto política, económica como socialmente las desigualdades en el estado de salud, no solo entre grupos de población dentro de un mismo país, sino entre países desarrollados y no desarrollados. Se entiende por tanto la Atención Primaria de Salud como una estrategia que desde el sector sanitario permite colaborar en el desarrollo comunitario que se presenta como la forma privilegiada de reducir dichas desigualdades.

Se pone de relieve el derecho y deber de las personas a participar individual y colectivamente en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a su salud a través de la participación comunitaria. Ha sido este uno de los puntos que más se ha intentado desviar, convirtiendo el concepto liberador que quería introducirse, en una sumisión incapacitante y un medio de control social.

Se asigna a los gobiernos la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas, y se les recomienda formular políticas sanitarias para establecer y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un sistema de salud integrado y en coordinación con otros sectores.

La propuesta sobre el contenido sanitario de la Atención Primaria de Salud debe dirigirse a los principales problemas sanitarios de la comunidad -que son reflejo de sus condiciones económicas, socioculturales y políticas- mediante servicios preventivos, curativos y rehabilitadores a través de la actuación de

equipos multidisciplinares debidamente formados social y técnicamente.

La conferencia de Alma-Ata puso de manifiesto la importancia que en esta nueva forma de abordar los problemas de salud tiene la acción intersectorial y la participación comunitaria, elementos que eran desconocidos en los modelos médicos clásicos.

Posteriormente en la Carta de Ottawa en 1986 se afirma que las intervenciones en promoción de la salud deben garantizar la igualdad ante la salud e ir dirigidas a reducir las desigualdades sociales en salud para que los individuos puedan desarrollar sus potenciales de salud. Esto se consigue a través de las políticas saludables reforzando los pilares básicos de la Atención Primaria: la participación comunitaria y la educación para la salud. Participación comunitaria entendida como acción política y social dónde la comunidad se convierte en un agente activo y comprometido en su salud través de procesos de "*empoderamiento*" (Colomer y Alvarez-Dardet, 2001). Educación para la salud como herramienta imprescindible para que las personas tomen conciencia y desarrollen una actitud crítica ante la salud mediante el modelo de participación y compromiso (Serrano Gonzalez, 1990) e ir dando pasos en la construcción de un nuevo paradigma para hacer posible el cambio social en el que se generen otras nuevas formas de abordar los problemas de salud.

No termina la Declaración sin recordar que existen recursos suficientes para conseguir un nivel de salud para todos que permita llevar una vida productiva social y económicamente, siempre que los recursos mundiales que se destinan a armamentos y conflictos armados, se utilicen en la aceleración del desarrollo social y económico.

Sin embargo, la Conferencia estuvo plagada de contradicciones que reflejaban intereses y perspectivas ideológicas distintas; Wemer (2002) afirma que si bien se logró una declaración final bastante coherente, las clases sociales dominantes, médicos incluidos, privaron a la Atención Primaria de sus aspectos de promoción de cambios sociales, introduciendo variantes fuertemente conservadoras como la Atención Primaria de Salud selectiva encaminada a disminuir determinados problemas de salud por medio de unas pocas intervenciones técnicas, así como a convertir la Atención Primaria de Salud en el primer eslabón y filtro al servicio de la medicina hospitalaria para reducir sus costos.

4. Respuestas a las desigualdades en salud en el modelo sanitario de Andalucía.

La aplicación de estos contenidos de Alma-Ata en el sistema sanitario andaluz ha quedado reducido fundamentalmente a cambios de gestión y organización en el ámbito de los servicios médicos, donde la Atención Primaria ha experimentado una evolución espectacular a través del aumento de las unidades clínicas de gestión (más de cien en la actualidad), el uso racional de medicamentos, la mejora de cita previa a través de la puesta en marcha de "Salud Responde", el aumento de las tecnologías de información para obtener una historia digital compartida con la atención especializada, la prescripción electrónica a través de la Receta XXI y el aumento de intervenciones en cirugía menor, pruebas diagnósticas y terapéuticas (espirometrías, y citologías entre otras) según Montero Cuadrado MJ (2005).

Por otro lado las actuaciones sobre la organización de la Atención Primaria en la actualidad van dirigidas fundamentalmente a la coordinación con

el hospital, buscando modelos integrados que sólo persiguen la consecución de resultados con criterios de efectividad, pertinencia, capacidad y priorización en función de los objetivos de cobertura asistencial en ambos niveles sin tener presentes objetivos dirigidos a la disminución de desigualdades sociales ante la salud (Inclan Iríbar, 2005) y aún así ni siquiera se garantiza que a nivel del uso de servicios se establezcan medidas para superar la ley de cuidados inversos (Hart JT, 1971), de manera que los más necesitados tengan un mejor acceso a una atención médica de calidad.

Las intervenciones en prevención y promoción sobre problemas de salud importantes como los relacionados con el alcohol, tabaco, accidentes de tráfico, alimentación y violencia doméstica, son un fracaso porque van dirigidas casi exclusivamente a cambios de comportamiento personales (los estilos de vida), mediante una educación para la salud que no tiene en cuenta los factores sociales (las condiciones de vida). Estos últimos sin embargo son los más influyentes y requieren intervenciones intersectoriales que impliquen a otros sectores y al conjunto de la sociedad (Segura, 2004).

Existe por otro lado una ausencia generalizada de la participación comunitaria en el conjunto del sistema sanitario, debido fundamentalmente al mal funcionamiento de los órganos de participación que ha provocado desinterés por ella en los representantes de los usuarios, (Túa Molinos, 1998). La ausencia de formación e información sobre esta materia en las facultades de medicina o en la especialización de Medicina Familiar, así como la falta de reconocimiento de estas actividades en las carteras de servicios de los Distritos Sanitarios ha extendido el desinterés por la participación comunitaria entre los profesionales de la salud (Martín- García y Ponte 2006). Además la ausencia de la puesta en marcha de la acción intersectorial como marco donde resolver los problemas de salud a través de intervenciones sobre determinantes sociales de la salud, dificulta la puesta en marcha de políticas equitativas que eliminen o resuelvan los problemas de desigualdad, ya que éstas requieren de una real descentralización del poder e implicación de los actores en cada uno de los procesos de elaboración de las políticas sanitarias. Para ello habría que conceder a los profesionales mayor capacidad de decisión y menos control burocrático (Alvarez y Solano, 2003) para que puedan desarrollar capacidades adquiridas a través de la formación y la interacción con otras organizaciones (Martín y Sierra ,2007). En definitiva, hay que generar órganos de participación basados más en la cooperación y discusión con la comunidad, que en criterios burocráticos que responden a un enfoque economicista y gerencialista de la política sanitaria, sólo así es posible un enfoque de equidad y justicia social.

La gran aportación de la Atención Primaria según la Declaración de Alma-Ata consistía en reconocer la necesidad de la participación comunitaria y de la acción intersectorial para afrontar las deficiencias en los determinantes de la salud, a través de formulación de políticas saludables en los distintos sectores de la vida política, que eliminaran barreras burocráticas-administrativas. Sólo así podrán abordarse las desigualdades ante la salud.

En la actualidad y en nuestro modelo sanitario público en Andalucía se sigue equiparando salud a tener servicios fundamentalmente médicos, lo que evidencia que la mayoría de los estudios sobre desigualdad se están haciendo desde el paradigma biomédico. Ello conlleva que cuando se realizan estudios que en teoría versan sobre las causas de las desigualdades existentes ante la salud que

tienen los grupos sociales (y así son muchas veces titulados), lo que de verdad se está analizando son las diferencias en cuanto a la accesibilidad y uso de los servicios sanitarios. Si bien estas diferencias deben ser resueltas, constituyen en muchas ocasiones, un aspecto más, y a veces no el más importante de los problemas relativos a las malas condiciones de vida que tienen muchos grupos sociales, y que son los que explicarían fundamentalmente las desigualdades existentes en sus niveles de salud (Álvarez, García y Solano, 2003). Como dice Evans (1996) los servicios médicos tienen un papel muy importante para aliviar sufrimientos, restaurar el funcionamiento de la persona y preservar la vida, y aunque resulten decisivos en casos individuales, el grado de disponibilidad de tales servicios no pueden explicar las diferencias de salud observadas entre distintas poblaciones.

Este enfoque biomédico sigue prevaleciendo en el siglo XXI en la mayoría de las intervenciones dirigidas a disminuir las desigualdades en salud, valga como ejemplo la reciente Ley de Dependencia (Diciembre de 2006) que pretende dar respuesta a la situación de desigualdad, que padecen tanto el colectivo de personas mayores dependientes como el de mujeres cuidadoras, mediante la puesta en marcha de servicios de atención públicos y concertados para suministrar cuidados. Es decir el derecho para recibir atención socio-sanitaria pública, ni tan siquiera puede asegurar la equidad ante los servicios, ya que por la insuficiente financiación pública se impone un cierto copago a los usuarios, además del sesgo privatizador que puede llegar a tener la red de servicios sociales a crear, aunque lo más preocupante de esta ley es que sigue perpetuando las desigualdades sociales ante la salud a través de lo que según Gil Calvo (2007) denomina la "perversa" profesionalización de las cuidadoras familiares, situación que refuerza el rol de la mujer como cuidadora del hogar, desincentivando así su salida hacia la vida laboral y por tanto impidiendo la posibilidad de su emancipación y promoción en la vida pública. Esto demuestra lo equivocado del enfoque.

De ahí la necesidad, como decían Nájera y Viciana en 1988 de abordar las desigualdades sociales ante la salud y no las desigualdades sociales ante los servicios sanitarios, y hacerlo desde un paradigma distinto al biomédico que todavía hoy sigue prevaleciendo en los servicios sanitarios y más concretamente en el modelo sanitario andaluz.

6. Bibliografía.

- Alen Hidalgo M. (1987). «La situación hospitalaria andaluza», en Almansa Pastor, J. M., Barriga, S., Martínez, F. M.: La Sanidad en Andalucía, F.I.S.S., Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, pág. 85-95.

- Almansa Pastor JM., Barriga S, Martínez FM. (1987). La Sanidad en Andalucía, F.I.S.S., Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

- Álvarez Girón M., García Gil C, Solano Parés A (2003). "Las unidades clínicas de gestión en la Atención Primaria. Un tema en debate", Atención Primaria, 31, pág.514-518.

- Álvarez Girón M., García Gil C, Solano Parés A (2003). La salud en Andalucía. Entre el mercado y el derecho.Ed. Mergablum. Sevilla.

- Borrell C, Peiró R., Ramon N y col. (2005). "Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del estado español" Gaceta Sanitaria 19(4): 277-286.

- Colomer C, Alvarez Dardet C (2001). "Promoción de la salud y cambio social" Ed. Masson. Barcelona.

-Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, (1987). "Carta de Ottawa para la promoción de la salud", Rev Sanid Hig Pública, 61, 129-133.

- Diez E, Peiró R (2004). "Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud".Gaceta Sanitaria18 (Supl 1):158-167.

- Evans, RG (1996). "Introducción", en Evans RG, Barer ML y Marmor TR (eds): ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?, Ediciones Díaz de Santos, Madrid.

- Gispert R, Torné M, Arán Barés (2006). "La efectividad del sistema sanitario en España". Gaceta Sanitaria 20(Supl1):117-126.

-Gil Calvo E (2007). "Dependencia". La Voz, viernes 12 de Enero de 2007. Tribuna. Cádiz.

- Hart JT (1971). The inverse care law. The Lancet (i): 405-412.

- Inclán Iribar G (2005). "La apuesta por la Atención Primaria". Revista de Administración Sanitaria 3(1):153-158.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299 15/12/2006.

- Martin Agudo M., Sierra Quesada J.M., Jimenez Martin J, Escudero Espinosa C (2007). "Expectativas detectadas en profesionales de organizaciones provinciales que trabajan en acción intersectorial en salud". Revista Española de Salud Pública 81:43-52.

- Martin-Garcia M, Ponte-Mittelbrun, Sanchez Bayle M.(2006)."Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud". Gaceta Sanitaria 20(supl1): 192-202.

- Mckeown T, Lowe CR (1966). An introduction to Social Medicine, Oxford, Blackwell Scientific Publications.

- Montero Cuadrado M.J (2005). "La visión de la Atención Primaria".Revista de Administración Sanitaria 3 (1): 143-151.

- Nájera E, Cortés M, García Gil C. (1989). "La reorientación del sistema sanitario. Necesidad de un enfoque epidemiológico" Revisiones en Salud Pública, 1, 15-30.

- Nájera E, Viciana F (1988). Desigualdades en salud en España. II Reunión de Ciudades Sanas en la Comunidad Valenciana (mimeografiado).

- Organización Mundial de la Salud (1988). "Salud para todos 2000" Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla.

- Organización Mundial de la Salud, (1978). Atención Primaria de Salud, Conferencia Internacional de Alma-Ata, Ginebra.

- Peiró R., Ramón N, Alvarez Dardet C, Colomer C, y col. (2004). "Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue".Gaceta Sanitaria 18 (Supl 2) 36-46.

- Robles González E (1995): La transición sanitaria: Revisión conceptual y aproximación a la experiencia española I.V.E.S.P., Valencia.

- Sampedro JL, Berzosa C (1996). Conciencia del subdesarrollo: veinticinco años después, Madrid, Santillana, S.A. Taurus.

- Segura A (2004). "La protección de la salud como paradigma de la efectividad de los sistemas sanitarios". Revista de Administración Sanitaria 2(3): 393-407.

- Serrano Gonzalez I (1990). Educación para la salud y participación comunitaria , Díaz de Santos, Madrid.

- Solano Parés A (1983). Estudio analítico de las bases epidemiológicas de la planificaron sanitaria en España desde 1855 hasta la actualidad. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

- Túa Molinos T (1998). "La participación en los consejos de salud". Rev.Quaderns del CAPS. 27:80-85.

- Wemer D, Sanders D, Weston J, Babb, S, Rodríguez B(2002). "Cuestionando la Solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil." [www.healthwrights.org/static/cuestionando/intro1.htm; acceso 10/05/2007].

- **<u>SUBRAYADOS</u>** del **Capítulo 9.**

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

- *El modelo sanitario de Andalucía se inicia en el año 1982 con la intención de poner en marcha un nuevo sistema que redujera los desequilibrios territoriales y sociales que los servicios sanitarios anteriores generaron; había implícita una opción ideológica por la igualdad y la equidad. La Atención Primaria de Salud, fruto de la Conferencia Internacional que se había celebrado (1978) en Alma-Ata, fue el eje de la Reforma.*

- La conferencia de Alma-Ata trató de encontrar una estrategia para desarrollar el lema "Salud para Todos" propuesto por la OMS en 1977. Se declara inaceptable tanto política, económica como socialmente las desigualdades en el estado de salud, no solo entre grupos de población dentro de un mismo país, sino entre países desarrollados y no desarrollados. Se entiende por tanto la Atención Primaria de Salud como una estrategia que desde el sector sanitario permite colaborar en el desarrollo comunitario que se presenta como la forma privilegiada de reducir dichas desigualdades. La conferencia de Alma-Ata puso de manifiesto la importancia que en esta nueva forma de abordar los problemas de salud tiene la acción intersectorial y la participación comunitaria, elementos que eran desconocidos y siguen siéndolo en los modelos sanitarios de orientación biomédica como el andaluz.

- *La aplicación de estos contenidos de Alma-Ata en el sistema sanitario andaluz ha quedado reducido fundamentalmente a cambios de gestión y organización en el ámbito de los servicios médicos, con criterios burocráticos que responden a un enfoque economicista y gerencialista de la política sanitaria. Las actuaciones sobre la organización de la Atención Primaria van dirigidas fundamentalmente a la coordinación con el hospital, buscando modelos integrados que sólo persiguen la consecución de resultados con criterios de efectividad, pertinencia, capacidad y priorización en función de los objetivos de cobertura asistencial en ambos niveles, sin tener presentes objetivos dirigidos a la disminución de desigualdades sociales ante la salud.*

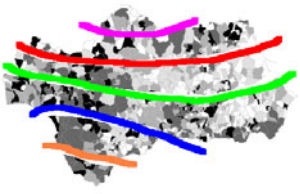
- Las intervenciones en prevención y promoción sobre problemas de salud importantes como los relacionados con el alcohol, tabaco, accidentes de tráfico, alimentación y violencia doméstica, son un fracaso porque van dirigidas casi exclusivamente a cambios de comportamiento personales (los estilos de vida), mediante una educación para la salud que no tiene en cuenta los factores y contextos sociales y económicos (las condiciones de vida). Estos últimos sin embargo son los más influyentes y requieren intervenciones intersectoriales que impliquen a otros sectores y al conjunto de la sociedad.

- *En la actualidad y en nuestro modelo sanitario público en Andalucía se sigue equiparando salud a tener servicios fundamentalmente médicos. Aunque en el III Plan Andaluz de Salud aparecen principios, valores y objetivos en relación con las desigualdades en salud, son prácticamente inexistentes las propuestas de intervención encaminadas hacia su control. Estamos tan lejos de conocer la efectividad del sistema sanitario en relación a la superación de desigualdades que ni siquiera sus actuales sistemas de información recogen variables sociales que permitieran realizar estos estudios.*

- La gran aportación de la Atención Primaria según la Declaración de Alma-Ata consistía en reconocer la necesidad de la participación comunitaria y de la acción intersectorial para afrontar las deficiencias en los determinantes sociales y de genero de la salud, a través de la formulación de políticas saludables en los distintos sectores de la vida política, social y económica. Sólo así podrán abordarse las desigualdades ante la salud.

Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

Capítulos breves.



Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

Capítulos breves.

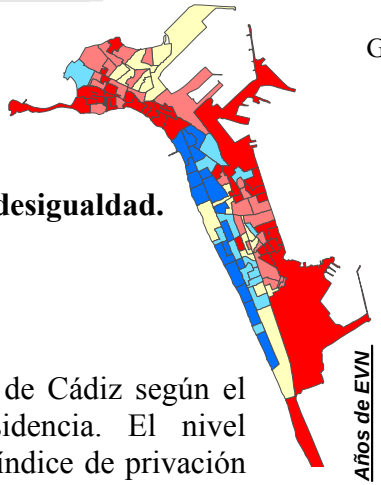
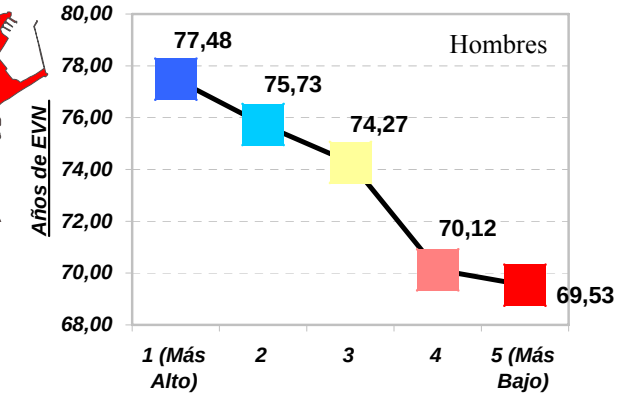
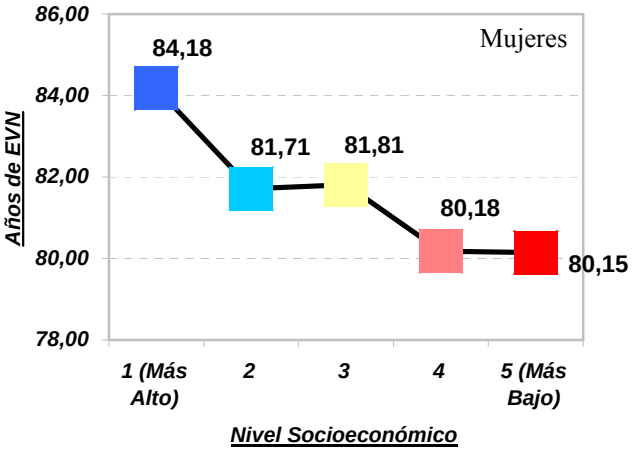


Gráfico 1. **Esperanza de Vida al Nacer (EVN) según Nivel Socioeconómico. Ciudad de Cádiz. [1992-2002]**





1. La Esperanza de Vida al Nacer en la ciudad de Cádiz. Desvelar la desigualdad.

Antonio Escolar Pujolar

Resumen general del estudio:

Clasificamos las defunciones en el periodo 1992-2002 en la ciudad de Cádiz según el nivel socioeconómico de la sección censal del domicilio de residencia. El nivel socioeconómico de las secciones se obtuvo a partir de los valores de un índice de privación que resume el % de paro, el % de bajo nivel de estudios y el % de trabajo no cualificado en cada sección, según los datos del Censo de Población 2001. Este índice fue dividido en cinco niveles, habiendo asignado el valor 1 a las secciones censales de mayor nivel socioeconómico (menor % de paro, de bajo nivel de estudios y de trabajo no cualificado) y el valor 5 a las secciones con el peor nivel socioeconómico (mayor % de paro, de bajo nivel de estudios y de trabajo no cualificado). Se calculo la esperanza de vida al nacer (EVN) para cada una de las secciones censales y sexo. Tanto en hombres como en mujeres se observan importantes desigualdades en la EVN, mucho mayores en los hombres. El sentido de la desigualdad encontrada indica que a medida que disminuye el nivel socioeconómico de la sección censal de residencia la EVN también va disminuyendo.

Las secciones censales con la EVN más baja se localizan en los tradicionales barrios del Pópulo, Santa María y La Viña, y en partes de la Barriada de la Paz, y Loreto-Puntales. Por el contrario, las secciones censales situadas en la zonas conocidas como Bahía Blanca, Paseo Marítimo y la Avenida, las de mejor nivel socioeconómico de la ciudad, presentan las EVN más altas. La magnitud de la desigualdad entre los dos extremos del nivel socioeconómico es de casi 8 años en los hombres y de 4 años en las mujeres.

2. Desigualdades en la Diabetes Mellitus del Adulto en Andalucía.

Antonio Escolar Pujolar

Resumen general del estudio:

A partir de los datos de la Encuesta de Salud de Andaluza (ESA03) para adultos del año 2003, pudimos medir la existencia de desigualdades sociales y de genero en la frecuencia de la Diabetes Mellitus en Adultos (DM-A). La frecuencia de DM-A se midió mediante la respuesta auto-cumplimentada a la pregunta: *¿Le ha dicho un médico que Vd. padece actualmente Diabetes?*. Las variables sociales que hemos utilizado para identificar la magnitud de la desigualdad han sido el nivel de estudios y la dificultad de llegar a fin de mes. Igualmente se ha medido el Índice de Masa Corporal (IMC) y la práctica de ejercicio físico, señalados mayoritariamente como los principales factores de riesgo de la DM-A.

Tabla 1.
Riesgo* de Diabetes Mellitus en el Adulto, según el grado de facilidad/dificultad de llegar a fin de mes. Andalucía-ESA03. *Mujeres*.

	O.R.	I.C. 95%
Mucha facilidad	**1**	**-**
Alguna facilidad	**1.52**	**0.76-3.02**
Alguna dificultad	**1.84**	**0.95-3.59**
Mucha dificultad	**2.56**	**1.28-5.13**

***** *Con independencia de la edad, el IMC y el ejercicio físico.*

Tabla 2.
Frecuencia (%) de Diabetes Mellitus en el Adulto, según el grado de facilidad/dificultad de llegar a fin de mes. Andalucía-ESA03.

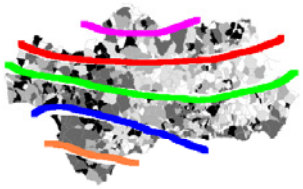
	Mujeres	*Hombres*
Mucha facilidad	**3.4**	**3.3**
Alguna facilidad	**4.8**	**5.2**
Alguna dificultad	**8.2**	**7.6**
Mucha dificultad	**12.4**	**6.6**

Tabla 3.
Riesgo* de Diabetes Mellitus en el Adulto, según el nivel de estudios. Andalucía-ESA03.

	O.R.	I.C. 95%
Mujeres		
Otros estudios	**1**	**-**
Estudios Primarios	**1.84**	**1,14-2.97**
Hombres		
Estudios Universitarios	**1**	**-**
Estudios Secundarios – F.P.	**1.84**	**0.85-3.97**
Estudios Primarios	**2.07**	**0.94-4.57**

** Con independencia de la edad, el IMC y el ejercicio físico.*

La variable facilidad/dificultad de llegar a fin de mes resume variables como la disponibilidad de recursos económicos, que tienen un papel clave en la accesibilidad a alimentos más saludables pero más caros, como las verduras y frutas. Es en las mujeres donde se expresa mejor la existencia de desigualdades en la DM-A. En la tabla 1 se detalla el crecimiento del riesgo a medida que aumenta la dificultad de llegar a fin de mes, independientemente de los efectos de la edad, del Índice de Masa Corporal y del ejercicio físico. La tabla 2 señala la distinta frecuencia de DM-A según la facilidad/dificultad de llegar a fin de mes. Es de nuevo entre las mujeres donde se expresa de manera más clara la existencia de desigualdades. Igualmente si utilizamos la variable nivel de estudios (Tabla 3) encontramos una relación inversa con el grado de educación alcanzado, cuanto menor mayor riesgo de DM-A. En Andalucía se identifican importantes desigualdades sociales y de genero en la frecuencia y riesgo de DM-A.



Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

Recomendaciones
para reducir las
Desigualdades en Salud en Andalucía

Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

RECOMENDACIONES.

1. Relativas al **COMPROMISO POLÍTICO**:

Sin este componente es difícil que cualquiera de las recomendaciones realizadas pueda tener garantías de ser llevada a término. La voluntad política es el fundamento de la acción transformadora en la lucha contra las desigualdades. Esta voluntad debería cristalizar sobre todo en el refuerzo de las políticas sociales por su impacto en mejorar la salud y reducir las desigualdades.

Las recomendaciones son:

1. La constitución en el Parlamento de Andalucía de una Comisión permanente para la vigilancia de las desigualdades en salud en Andalucía, que elabore y presente cada dos años un Informe al Parlamento, sobre su magnitud, evolución y causas y proponga medidas de abordaje.

2. Que desde los distintos ámbitos de gobierno se considerare el impacto en salud y en las desigualdades en salud de todas sus políticas, y especialmente de aquellas que supongan desregulación de los servicios públicos. Ello supone un trabajo previo de identificación de todas las unidades administrativas en Andalucía con potencial influencia en las desigualdades en salud.

3. Que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía lidere las iniciativas para la reducción de las desigualdades, creando una Unidad de Desigualdades en Salud, estableciendo los mecanismos de participación adecuados para que las propuestas de la sociedad civil sean convenientemente recogidas. Así como que impulse la coordinación con las instituciones públicas y privadas implicadas en las condiciones de vida (vivienda, trabajo, medio ambiente, educación y fomento, entre otras).

4. Que todas las intervenciones por la equidad tengan un carácter transversal para llegar al conjunto de toda la población, atendiendo en especial a aquellos grupos más vulnerables, como la población inmigrante o las personas con discapacidad.

5. Que el IV Plan Andaluz de Salud concrete estos objetivos en acciones específicas que permitan reducir las desigualdades en salud.

2. Relativas a los **SISTEMAS de INFORMACIÓN**:

La mayoría de los Sistemas de Información (SI) dependientes de la administración pública en Andalucía no incluyen variables que permitan el análisis de sus datos desagregados según nivel socio-económico, nivel educativo, clase social o sexo. Esta omisión es un importante obstáculo para estudiar el problema de la desigualdad en salud en Andalucía.

Las recomendaciones son:

6. Que en los planes estadísticos del Instituto de Estadística de Andalucía se incorpore el uso de variables de tipo socio-económico referidas a la posición social y económica de la población andaluza, de forma que sus estadísticas periódicas se desagreguen de forma sistemática de acuerdo a las mismas.

7. Que la Consejería de Salud incluya de forma efectiva la recogida de datos de tipo socio-económico y realice los análisis correspondientes según nivel socio-económico y sexo en todos los SI del sistema sanitario de Andalucía, tanto los referidos a salud pública (Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Registros específicos, etc.), como los relacionados con la actividad asistencial sanitaria (Conjunto Mínimo Básico de Datos, Registros de tipo clínico,..). Las explotaciones periódicas de estos SI deberían desagregarse sistemáticamente por sexo y variables de tipo socio-económico.

8. Que todas las Consejerías de la Junta de Andalucia, especialmente las de Economía, Trabajo, Vivienda, Medio Ambiente y Servicios Sociales, modifiquen sus SI de forma que sea posible la desagregación de la información que producen según variables de tipo socio-económico, y que en especial permitan conocer mejor la distribución geográfica de la desigualdad.

9. Que las encuestas de salud incluyan variables de tipo socioeconómico (clase social, ocupación, nivel de estudios, situación laboral, tipo de empleo y categoría profesional) y variables referidas al trabajo reproductivo.

10. Que la difusión a la sociedad andaluza de los resultados de los análisis sobre magnitud y evolución de las desigualdades sea un objetivo prioritario de la explotación de los sistemas de información de las instituciones públicas, así como de los estudios específicos que se realicen, especialmente los de la Consejería de Salud.

3. Relativas al **SISTEMA SANITARIO**:

Disponemos de un modelo sanitario orientado más hacia la enfermedad que hacia la salud, cuyas prioridades todavía tienen más que ver con las tecnologías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que con los esfuerzos para la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. En este marco, se plantea revisar los objetivos del sistema teniendo en cuenta la equidad, es decir planificando los recursos en función de las necesidades diversas de la población.

Las recomendaciones son:

11. Que se extienda la cobertura pública de los programas preventivos, especialmente los ginecológicos y salud buco-dentale, de forma que las personas más desfavorecidas sean especialmente tenidas en cuenta en las estrategias de captación, seguimiento y evaluación.

12. Que se desarrollen y evalúen, en colaboración con el Instituto Andaluz de la Mujer y las demás instituciones y organizaciones implicadas, las competencias sanitarias de la Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género y de la Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

13. Que las estrategias de prevención de enfermedades incluyan objetivos de modificaciones en las condiciones de vida, y no sólo de modificación de conductas individuales, de manera que proporcionen oportunidades preventivas más equitativas a todas las personas sea cual sea su situación social. Se trataría de añadir sensibilidad de género y de clase social a todos los programas preventivos.

14. Que la orientación general de los servicios sanitarios y su planificación estratégica tengan en consideración el papel de los factores socioeconómicos como determinantes de la salud y de las desigualdades, planteándose la utilización de evaluaciones de impacto en salud no solo para las políticas extra-sanitarias sino también y muy especialmente para las específicas de salud.

15. Que se tenga en cuenta, en la planificación de los recursos humanos y materiales de las Zonas Básicas de Salud (ZBS), el nivel de privación material y social de la población atendida, y que especialmente se potencie la incorporación de trabajadores sociales en las de menores niveles.

16. Que las diversas estructuras organizativas asistenciales del Servicio Andaluz de Salud incluyan entre sus objetivos la medida de las desigualdades sociales y de género en el acceso a sus servicios, y definan medidas para su reducción.

17. Que en los contratos-programa, que la Consejería de Salud establece con los diversos proveedores de asistencia sanitaria, se incluyan objetivos dirigidos a medir la magnitud de las desigualdades, a reducirlas y a hacer el seguimiento de su evolución en sus respectivos ámbitos de competencia.

18. Que el desarrollo con equidad del espacio socio sanitario andaluz debe constituir un objetivo central de nuestro modelo asistencial, especialmente la mejora de la atención socio-sanitaria de las personas mayores y prioritariamente de las mujeres. En este sentido es fundamental la aplicación y evaluación de las medidas recogidas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (Ley de Dependencia).

4. Relativas al **TRABAJO, el MEDIOAMBIENTE y los ESTILOS DE VIDA**:

Los resultados del Informe señalan que las personas de menor nivel educativo, en desempleo o que trabajan sin contrato tienen una peor percepción de su salud y unos estilos de vida que comportan mayores riesgos. Además de la posición social individual, las características socioeconómicas del área de residencia inciden en los estilos de vida y en la calidad medioambiental. El desarrollo de estrategias públicas y programas intersectoriales para que las personas puedan hacer elecciones saludables, en entornos saludables, que potencien su salud y calidad de vida es fundamental para la reducción de las desigualdades en salud.

Las recomendaciones son:

19. Que se de prioridad a la creación de espacios verdes e instalaciones para la práctica de ejercicio físico en los barrios más desfavorecidos, así como a la lucha contra la contaminación.

20. Que se oferte gratuitamente a los fumadores, y con prioridad a los de más bajo nivel socioeconómico, alternativas concretas para ayudarles al abandono del tabaquismo, entre ellas especialmente las terapias sustitutivas de la nicotina, y simultáneamente se aumente la presión fiscal sobre las empresas dedicadas a la confección y comercialización del tabaco y el alcohol.

21. Que se promuevan medidas fiscales y de regulación de la publicidad que favorezcan el consumo de frutas y verduras y faciliten su accesibilidad económica, aumentando a la vez la fiscalidad de los alimentos no saludables, especialmente los publicitados para fomentar su consumo en niños y adolescentes. Que en las instituciones dependientes de la administración pública, y en especial en los comedores escolares de los centros educativos públicos, se promueva el consumo de frutas, verduras y legumbres, en detrimento de los alimentos ricos en grasas saturadas, o con altos contenidos en sal o azúcar.

22. Que las políticas de empleo tengan en cuenta su impacto en la salud, mediante medidas activas de seguro de desempleo, formación y reinserción laboral, especialmente en jóvenes y mujeres.

23. Que las instituciones responsables de la seguridad y salud en el trabajo, como el Instituto Andaluz de Prevención de Riesgos Laborales, incorporen la perspectiva de género y clase social en sus actividades, como vía para resolver la creciente diferencia en la salud de los trabajadores manuales no

cualificados. La inspección de trabajo tiene un importante papel en la disminución de las desigualdades combatiendo el empleo sin contrato, especialmente en trabajadores inmigrantes, por lo que debería incrementar sus recursos alcanzando niveles aceptables en relación al número de trabajadores.

24. Que se realicen estudios de impacto en salud de los factores medioambientales. Andalucía ha sufrido en los últimos años diversos episodios de contaminación ambiental grave, y resulta especialmente necesario analizar sus repercusiones y prevenir futuros problemas de este tipo.

5. Relativas a la **INVESTIGACIÓN de las DESIGUALDADES**:

El conocimiento sobre las desigualdades en salud en Andalucía y sus determinantes es escaso. A pesar de que nuestros indicadores socio-económicos siguen situándonos en las últimas posiciones en el contexto de España y Europa, no se ha realizado un esfuerzo proporcionado a la dimensión del problema en investigación sobre su magnitud, causas, evolución y, sobre todo, sobre las eventuales intervenciones para reducirlas.

Las recomendaciones son:

25. Que la formación de grado y postgrado de los profesionales en el campo de la salud y las ciencias sociales incluya en sus programas docentes en las Universidades de Andalucía la enseñanza de las relaciones entre salud y educación, genero, trabajo, medioambiente, clase social, entre otros determinantes sociales.

26. Que los planes de investigación diseñados por las distintas administraciones públicas se planteen la incorporación de la investigación de las desigualdades en salud como una línea prioritaria, y la doten de los recursos financieros convenientes. Que especialmente la Consejería de Salud impulse investigaciones propias sobre desigualdades en salud y sus determinantes. La dotación de una Cátedra Universitaria “Enrique Nájera” en Desigualdades en Salud seria un excelente catalizador de estos esfuerzos.

27. Que se de prioridad a la investigación de las causas de la desigualdad en la esperanza de vida de Andalucía respecto al resto de España, especialmente la existente en la población mayor de 65 años y en particular en mujeres. Así como a estudiar en profundidad las diferencias de mortalidad detectadas entre las provincias andaluzas.

28. Que se investigue sobre nuevos marcos conceptuales que nos ayuden a explicar y comprender mejor las desigualdades de género en salud.

29. Que es necesario avanzar en la investigación sobre desigualdades en aquellos servicios sanitarios más costosos y donde el acceso puede ser más difícil, como la alta tecnología, y explorar si las diferencias encontradas en el uso de la medicina especializada están realmente traduciendo una desigualdad.

30. Que se investigue si las diferencias sociales en el uso de la consulta ginecológica con fines preventivos está traduciendo una desigualdad en la detección precoz del cáncer de cuello uterino y de mama y una medicalización de la vida de las mujeres de clases más altas.

Esta relación de necesidades de investigación no es ni mucho menos exhaustiva, abordarla adecuadamente supone un esfuerzo, la creación de una Unidad de Investigación en Desigualdades en Salud en la Escuela Andaluza de Salud Pública supondría un notable paso adelante.

6. Relativas a las **POLÍTICAS GENERALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y A LAS POLÍTICAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DEL GOBIERNO DE ESPAÑA:**

Como se ha comentado repetidamente en el Informe, los determinantes sociales de la salud tienen un papel fundamental en la generación de desigualdades. Muchos de esos determinantes están relacionados con políticas sociales y económicas en las que no sólo los Gobiernos Autonómicos tienen competencias, sino que estas también se encuentran en el marco de las políticas del Estado, o incluso que dependen exclusivamente del Gobierno de España.

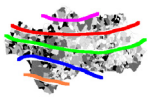
Las recomendaciones son:

31. Que las estrategias de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS) incluyan en los análisis de situación información sobre las desigualdades existentes, y que planteen objetivos e indicadores de seguimiento relacionados con su reducción, para ello sería adecuada la creación de una Comisión de Desigualdades en Salud en el Consejo Interterritorial del SNS.

32. Que los sistemas de información sanitaria y otros sistemas de información de agencias del gobierno incluyan variables que permitan identificar desigualdades y que la presentación de datos y estadísticas estén siempre desagregados por ellos y por sexo. La actualización del Informe Navarro, a los doce años de su publicación resulta inexcusable.

33. Que el Gobierno de España se adhiera activamente e incluso lidere los movimientos internacionales de la UE (Health in all policies, Health impact assessment)) y de la OMS (Investment for health) que suponen trabajar con los sectores no sanitarios para abordar los determinantes sociales de la salud, y por lo tanto los de las desigualdades. Y que colabore con las Comunidades Autónomas, especialmente con Andalucía, en la transmisión de herramientas y buenas prácticas internacionales.

34. Que se realicen estudios periódicos de desigualdades en salud en España que proporcionen información sobre la situación en las diferentes Comunidades Autónomas y sobre las acciones que sería necesario incluir en las políticas (por ejemplo en el Plan de Calidad para el SNS, etc.).

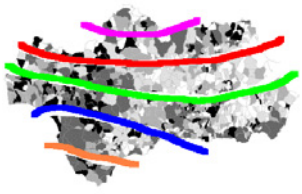


Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

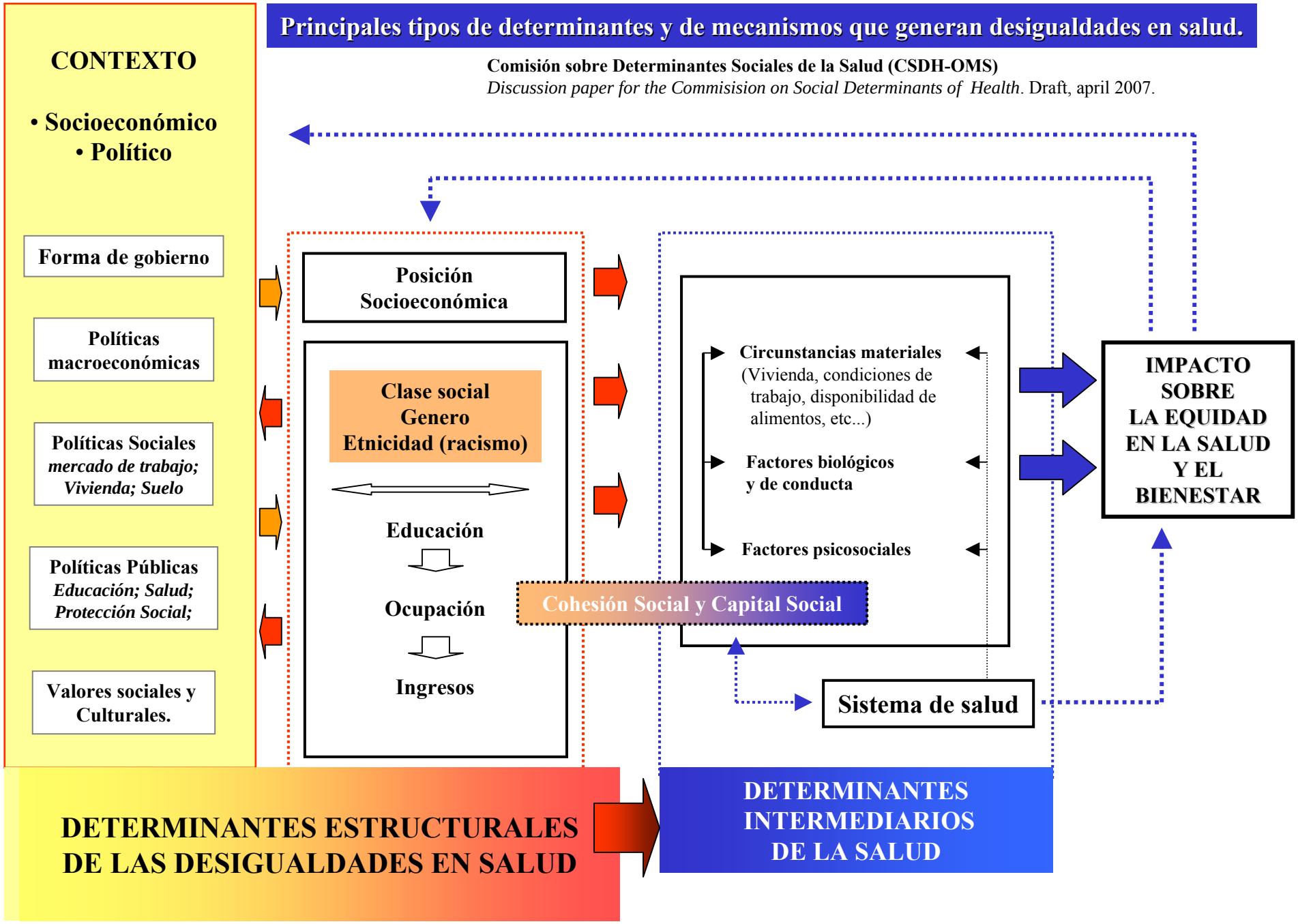
ANEXO 1.

Esquemas sobre determinantes y estrategias de abordaje de las desigualdades en salud



Principales tipos de determinantes y de mecanismos que generan desigualdades en salud.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH-OMS)
Discussion paper for the Commisision on Social Determinants of Health. Draft, april 2007.



Esquema de acciones para abordar los determinantes sociales de las desigualdades en salud.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH-OMS)
Discussion paper for the Commisision on Social Determinants of Health. Draft, april 2007.
Elaborado por EQH/EIP 2006 (OPSH)

Estrategias para abordar en contextos específicos los determinantes estructurales e intermediarios.

Dimensiones y direcciones clave para las políticas

Acción intersectorial

Participación Social y Empoderamiento

- **Políticas sobre la estratificación para reducir las desigualdades, mitigar los efectos de la estratificación social.**
- **Políticas para reducir las exposiciones de las personas desfavorecidas a los factores perjudiciales para la salud.**
- **Políticas para reducir las vulnerabilidades de las personas desfavorecidas.**
- **Políticas para reducir las desiguales consecuencias de las enfermedades en términos sociales, económicos y de salud.**

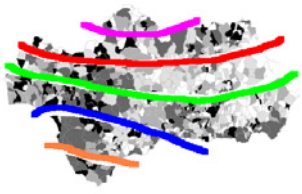
- **Monitorización y seguimiento de la equidad en salud y de sus determinantes sociales.**
- **Evidencia de las intervenciones realizadas por los gobiernos y dirigidas a abordar los determinantes de salud.**
- **Incluir la equidad en salud como objetivo de la política de salud y del resto de políticas sociales.**

Primer Informe sobre
Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

ANEXO 2.

Algunos recursos de interés sobre desigualdades y salud



Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN)

Algunos recursos de interés sobre DESIGUALDADES y SALUD.

EQUISALUD

- **«EQUISALUD»**. Listas de correo en España. Es un foro de debate e información sobre desigualdades en salud destinado a profesionales de cualquier disciplina. El objetivo principal es aumentar el conocimiento mutuo de las personas que trabajan en este campo, para paulatinamente constituir un grupo que trabaje de forma cooperativa. La lista persigue incrementar el intercambio de información sobre publicaciones recientes, investigaciones en curso y seminarios, encuentros o congresos. Es también el foro donde se pueden plantear preguntas sobre aspectos operativos de la investigación y proponer debates sobre temas de actualidad o de interés científico.
[Acceso: *http://www.rediris.es/list/info/equisalud.es.html*]

EQUI-PAHO

- **«EQUIDAD [EQ]»** . Equidad, salud y desarrollo humano.
Lista de correo administrada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Con unos 13.500 suscriptores de todo el mundo (164 países), es la lista de correos más activa de la OPS. El movimiento diario de mensajes es aproximadamente de 1 a 3. Sus contenidos permiten acceder a informes y artículos relacionados con la equidad y las desigualdades. Igualmente nos ayuda a conocer convocatorias de actividades formativas y reuniones. Posiblemente la lista sobre el tema más importante del mundo.
[Acceso: *http://listserv.paho.org/archives/equidad.html*]

OBSERVATORIOS de DESIGUALDADES

- **«L'observatoire des inégalités»**, Francia. De contenidos muy diversos relacionados con la desigualdad. Sus creadores consideran que el aumento de las desigualdades, por el empuje del desempleo y la degradación del mercado de trabajo constituyen una seria amenaza para la democracia en Francia.
[Acceso : www.inegalites.fr]

- **«Inequality.org»**, EEUU. Sus objetivos «contribuir a iluminar las múltiples causas y consecuencias de la concentración de la riqueza, el poder y el bienestar en los EEUU» y «hacer visible el conocimiento de las desigualdades frente a los políticos y su presencia en el debate público».
[Acceso: www.inequality.org]

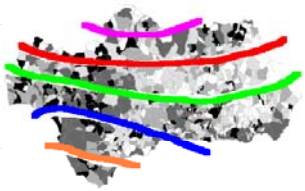
- **«Observatorio de desigualdades de género en la salud»**. Es una iniciativa del Grupo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Tiene como propósito actuar como "eco de resonancia" ante las desigualdades en salud producidas por la articulación de la construcción social de sexo. Trata, por tanto, de ejercer de testigo ante este tipo de desigualdades, ofreciendo una plataforma desde donde se presente información que contribuya a delimitar los distintos aspectos de dicho fenómeno.
[Acceso: http://genero.sespas.es/ob_presentacion.htm]

O

- **«Commission on Social Determinants of Health-OMS»**
La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud da apoyo a países e instituciones diversas sobre como abordar los principales factores sociales relacionados con las desigualdades. Llama la atención de la sociedad sobre los determinantes sociales de la salud que destacan como las causas más importantes de mala salud y de desigualdades entre y dentro de los países. Estos determinantes incluyen al desempleo, los lugares de trabajo inseguros, el chabolismo urbano, la globalización y la falta de acceso a los sistemas sanitarios.
[Acceso: http://www.who.int/social_determinants/en/]

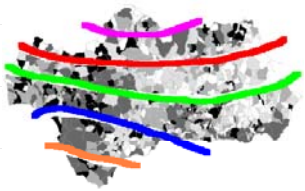
Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucia.
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

Anotaciones y comentarios:



Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucia.
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

Anotaciones y comentarios:



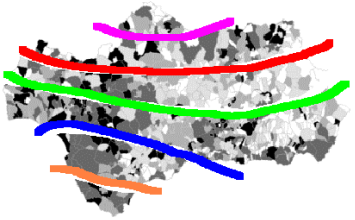
"**Lo que Andalucía recibe**, por una parte, como expresión de una mayor voluntad de realizar políticas sociales, **lo pierde** por otra **cuando se aplican políticas neoliberales** que irremediablemente llevan consigo des-industrialización, bajos salarios, especialización perversa, dependencia o empleo precario. En el cruce de esos dos vectores se resuelve la tensión de la desigualdad en Andalucía en los últimos años, con resultados lógicamente contradictorios, según la correlación entre las fuerzas que los mueven, no siempre favorable al desarrollo social.

El futuro de la igualdad, y por tanto del bienestar entendido como un recurso al alcance de todos los ciudadanos sin distinción, depende también de esa misma correlación. El caso del Estatuto recién aprobado es una buena prueba de esto último: los avances que proyecta en materia de derechos sociales y que podrían considerarse como una expresión paradigmática de **voluntad política de avance hacia el bienestar colectivo**, serían no más que **papel mojado si** al mismo tiempo **avanza la lógica** hasta hoy imperante en la Unión Europea **que tiende a la privatización de los servicios públicos** (y, por tanto, a no garantizar su disfrute efectivo como derechos sociales). Son dos lógicas a la larga incompatibles y la resultante, de la que va a depender en suma la mayor o menor desigualdad que en el futuro se padezca en Andalucía, dependerá de la fuerza de los diferentes intereses sociales en juego.

Nada está, pues, escrito, si bien es verdad que de momento no todos los grupos sociales pueden sentirse igual de seguros puesto que la fuerza que se traduce de la eficacia con la que cada uno logra imponer a los demás sus respectivas propuestas es evidentemente desigual. Y no hay que olvidar que, en realidad, es de esa expresión primaria **de la desigualdad (de la diferente capacidad para decidir)** de la que nacen todas sus demás manifestaciones."

Juan Torres López (Capítulo 1)

Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía.
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.



View publication stats